Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

ET

BULLETIN MÉDICAL BELGE, RÉUNIS.

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR J.-R. MARINUS.

TOME VINGT-NEUVIÈME.

JANVIER 1835. — 1re LIVRAISON DE LA 3e ANNÉE.

Bruxelles,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1835.

29 Janvier 1835.

AU PUBLIC MÉDICAL.

Dès que nous avons eu la certitude qu'il existait en Belgique des recueils consacrés aux sciences médicales, subsidiés par le gouvernement, le sentiment de notre dignité et de notre indépendance personnelles, nous a fait un devoir de faire insérer dans les feuilles publiques la déclaration que nos abonnés liront sur la couverture de ce volume, déclaration qui paraît avoir éveillé l'attention de la législature ; car l'honorable M. De Robaulx, à la séance de la chambre des députés, du 27 de ce mois, s'est exprimé, à cet égard, en ces termes :

« A propos des encouragemens qu'on vous propose de voter pour l'industrie et le com-
» merce, j'adresserai une interpellation au ministre, je lui demanderai s'il est vrai
» qu'il donne un subside à une société qui a entrepris la publication d'un ouvrage inti-
» tulé l'*Encyclographie Médicale* (1). Voyant dans le moniteur une annonce du Sieur
» Vander Maelen (2) qui déclare faire cette publication, sans secours, sans abonnemens
» de faveur et sans coûter un centime à l'État; j'ai pris des renseignemens, j'ai demandé
» s'il y avait des concurrens plus favorisés qui, pour la même publication, reçussent un
» subside. On m'a affirmé que oui; on m'a assuré que le ministre donnait un subside,
» un encouragement pour la publication d'un ouvrage du même acabit et venant en
» concurrence avec celui annoncé dans le moniteur.

» Si le ministre reconnaît ce fait comme exact, je suis prêt à le critiquer, je ne com-
» prends pas une pareille manière d'encourager l'industrie, car celui qui aurait, à ses
» risques et périls, fondé une industrie, pourrait craindre qu'un nouveau venu, aidé
» des subsides du gouvernement, ne s'établit en concurrence avec lui et ne ruinât son
» établissement. »

Le ministre de l'intérieur a répondu en ces termes à l'honorable député de Soignies :
« Ce n'est pas moi qui ait fait accorder un subside pour l'Encyclographie Médicale, et
» conséquemment je ne puis entrer dans des détails qui ne me sont point connus, ce
» que je puis dire, c'est que ce n'est qu'avec connaissance de cause que cela a dû
» être fait. »

Nous savons gré à l'honorable M. De Robaulx d'avoir saisi l'occasion de nos annonces pour rappeler le gouvernement aux vrais principes de l'économie politique, nous ne nous flattons pas cependant qu'il soit écouté de nos hommes d'État, car au Ministère de l'Intérieur aussi on s'occupe de l'art de guérir ! Pourquoi donc ce Ministère n'aurait-il pas son journal officiel de Médecine, comme il a son journal officiel de Politique? Ce n'est pas lui, a dit le Ministre, qui a fait accorder le subside, et conséquemment il ne peut répondre ; toutefois il affirme « que ce n'est qu'en connaissance de cause que cela a dû être fait. »

Ici nous sommes en tout point d'accord avec lui, car les subsides en question ont été

(1) L'honorable député confond les titres et prend par erreur l'*Encyclographie des Sciences Médicales* pour les recueils subsidiés par le gouvernement, et qui à l'aide de ces subsides lui font concurrence. Le Ministre n'ayant point relevé cette erreur, s'est ainsi dispensé d'avouer que deux recueils étaient subsidiés par son département, au lieu d'un seul, ainsi que paraissait le croire l'honorable député de Soignies.

(2) Autre erreur de M. De Robaulx : ce n'est pas de M. Vander Maelen, qui est étranger à l'établissement Encyclographique, que cette annonce émane, mais bien des éditeurs du recueil qu'elle a pour objet.

accordés par son prédécesseur et ils l'ont été si bien en connaissance de cause, que ni le Ministre, ni personne attaché à la division de son Ministère, dont ressort l'art de guérir, ne pouvait ignorer l'existence de l'Encyclographie des Sciences Médicales, depuis le mois de Septembre 1832, puisque les éditeurs ont constamment fait hommage d'un exemplaire de ce recueil au département de l'intérieur; ainsi c'est bien avec une entière connaissance de cause *que celui-ci a subsidié des particuliers pour faire concurrence au moyen des deniers de l'État, à une entreprise que d'autres particuliers avaient fondée de leurs propres deniers*. Ces subsides leur ont été alloués au mois de juillet 1834, c'est-à-dire lorsque nous comptions à-peu-près deux années d'existence. De deux choses l'une, ou bien nous manquions de la faveur du public, et nous n'avions soutenu si long-temps notre entreprise qu'à force de sacrifices pécuniaires, ou cette faveur du public nous était acquise; dans le premier cas le Ministère devait-il chercher à rendre illusoires nos sacrifices? Dans le second devait-il donner les deniers de l'État pour chercher à nous ravir cette faveur, fruit de nos efforts et de nos sacrifices?..... Nous aurons peut-être un jour l'occasion de publier certains documens à ce sujet.....; nous nous bornons quant à présent à prendre acte de cet aveu, et nous abandonnons aux journaux du domaine desquels ressort plus spécialement l'économie politique, si un jour ils viennent à s'occuper de ce chapitre, le soin d'en déduire les désastreuses conséquences.

Nous prions nos lecteurs de ne point attribuer les lignes qui précèdent au dépit que pourrait faire naître en nous la concurrence; nous savons, pour nous servir d'une expression vulgaire, que le soleil luit pour tout le monde, et en commençant notre entreprise nous nous sommes attendus à avoir des imitateurs; nous eussions même vu avec indifférence, sinon avec satisfaction, une concurrence qui se fut établie par une rivalité de talens, dans le seul amour des progrès de la science, et faite au moyen des capitaux de ceux qui l'auraient fondée. — La tâche paraît avoir été difficile puisqu'elle n'a été entreprise qu'aux dépens de la fortune publique; quoiqu'il en soit, nos efforts tendront constamment à ne pas démériter de la bienveillance du public médical qui seule a secondé notre entreprise.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

DÉCEMBRE 1834.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

—

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Mélitagre aiguë ou flavescente (*impetigo.*)

Cette expression n'est point nouvelle ; les anciens l'ont déjà employée pour désigner une maladie de la peau, caractérisée par des exsudations crustacées, offrant l'aspect du miel à demi-concrété : c'est à cette affection que M. le professeur Alibert donnait autrefois le nom de *dartre crustacée flavescente.* On distingue aujourd'hui deux espèces de mélitagre : 1° *aiguë ou flavescente :* c'est la plus commune et celle dont nous allons nous occuper ici ; 2° *la mélitagre chronique ou nigricante*, affection très-rare, et dont la monographie des Dermatoses renferme plusieurs observations fort curieuses. Nous renvoyons à cet ouvrage pour tout ce qui est relatif à son histoire et à son traitement.

La mélitagre flavescente s'est montrée plusieurs fois à nous dans le courant de l'année, et voici deux des cas les plus remarquables que les élèves aient eus sous les yeux à la clinique.

Observation I. La femme***, âgée de 21 ans, à cheveux noirs, à peau blanche et fine, née de parens sains, et s'étant toujours parfaitement portée elle-même jusqu'à l'âge de seize ans, sauf *quelques éruptions furonculeuses* qui la tourmentèrent à plusieurs reprises, vit à seize ans, après une couche heureuse, se développer à la tête et à la face une affection croûteuse dont elle ne peut donner une description bien exacte, et dont la guérison ne se fit pas long-temps attendre. En 1832, elle contracta une syphilis caractérisée par des chancres à la vulve, dont elle fut débarrassée en six semaines environ. L'an dernier, sans cause connue, apparition aux mains et au visage de plaques pustuleuses, bientôt changées en croûtes épaisses et jaunâtres. Les détails que fournit la malade, et l'identité qu'elle affirme exister entre cette affection et celle dont elle est atteinte aujourd'hui, ne permettent pas de méconnaître une mélitagre que quelques applications émollientes suffirent pour faire disparaître dans l'espace de deux mois.

Trois semaines avant son entrée, il se manifesta sur la main gauche quelques boutons qui ne tardèrent pas à disparaître sans laisser la moindre trace ; mais en même temps il s'en présenta plusieurs en différens points de la face, qui bientôt revêtirent l'aspect pustuleux. La pellicule qui les recouvrait s'étant rompue, le liquide purulent s'épancha et se dessécha en formant un enduit croûteux d'un jaune doré demi-transparent.

Entrée à Saint-Louis le 5 ou 6 juillet. L'état dans lequel elle se trouvait alors est bien propre à faire connaître les principaux traits de l'affection dont nous nous proposons de donner une idée dans cet article.

Lors de son admission, il existait sur la face dix à douze de ces plaques arrondies, dont la plus large ne dépassait pas les dimensions d'une pièce de vingt sous ; elles étaient disséminées sur les deux joues, mais surtout à gauche, sur l'aile du nez du même côté et sur le menton. Chaque plaque était couverte d'une grosse croûte mamelonnée, de plusieurs lignes d'épaisseur, d'un beau jaune, et semblable à de petites masses de succin ; examinée attentivement à la loupe, nous ne découvrîmes qu'une seule petite pustule au milieu de la joue gauche, entre deux plaques ; le lendemain elle était rompue et servait de base à une gouttelette concretée ; depuis, et chaque jour, nous suivîmes à la loupe la marche de la maladie ; il ne s'est pas *formé une seule pustule.*

Quelques jours après, les croûtes étant tombées sous l'influence des cataplasmes de fécule, elles laissèrent à découvert des surfaces d'un rouge luisant, légèrement enduites d'un liquide visqueux, qui suintait de plusieurs excoriations, dont la peau malade était le siége ; ces excoriations, d'une ligne de largeur environ, étaient très-superficielles, et résultaient vraisemblablement de la rupture des vésicules ; à côté d'elles, on apercevait de petites fissures très-étroites dues sans doute à l'action irritante de la matière dont nous parlons ; ces lésions consécutives donnaient lieu elles-mêmes à un écoulement qui se joignait à celui des ulcérations superficielles que nous venons de mentionner.

Malgré les lotions émollientes et sulfureuses, des croûtes se reformèrent à plusieurs reprises pendant un mois, mais au bout de ce temps, la guérison marcha avec une grande rapidité, et la malade sortit à la fin d'août, n'offrant plus que quelques petites taches rougeâtres dispersées sur la face. Avant de passer à l'observation suivante, nous ferons remarquer la prédispo-

sition aux affections cutanées qui existait chez cette femme, et que nous révèle la série d'éruptions auxquelles elle fut en proie à diverses époques : est-elle guérie radicalement? Il est à craindre que non, et qu'au printemps prochain une nouvelle mélitagre, ou toute autre dermatose dartreuse, ne vienne nécessiter un nouveau traitement. C'est surtout chez de pareils sujets, qu'à la suite des symptômes vénériens primitifs, on doit appréhender des syphilides, et que la prudence exige un traitement intérieur bien suivi.

Obs. II. Quelques jours avant la malade dont nous venons de parler, on avait reçu (28 juin) au Pavillon-Gabrielle, la nommée Labruyère, âgée de dix-sept ans et demi, cheveux roux, douée de la finesse et de la blancheur de peau qui caractérisent les personnes dont le système pileux offre cette couleur. La menstruation, établie à quinze ans, s'était toujours depuis montrée bien régulièrement; jamais elle n'avait été sérieusement indisposée. Au mois de janvier de cette année, apparition, à la face dorsale de l'avant-bras, de petites pustules occasionant un prurit très-vif; écorchées par les ongles de la malade, elles donnèrent lieu a un écoulement qui ne tarda pas à se transformer en croûte assez épaisse; de nouveaux boutons, dont la malade ne peut se rappeler l'aspect, parce qu'ils durèrent fort peu, se joignirent à la première éruption et en agrandirent le siége. Le mal fit de nouveaux progrès après l'application d'une pommade irritante que lui avait conseillée un pharmacien. Vers le commencement de mai, il survint de chaque côté des commissures labiales et au menton une éruption de grosses pustules, dont la rupture donna naissance à des croûtes semblables à celles qui occupaient l'avant-bras, mais plus épaisses.

Lors de son admission, on remarquait sur la face dorsale de l'avant-bras gauche une surface de cinq à six pouces de long, sur deux et demi de large, à peu près, couverte de concrétions jaunâtres, les unes épaisses, d'autres plus minces, et d'une formation manifestement plus récente, car deux ou trois jours après, ces lames crustacées avaient acquis le volume des premières. A la face, dans les endroits ci-dessus mentionnés, on trouvait des plaques d'un demi-pouce à un pouce de diamètre, offrant tout-à-fait le même aspect que chez la malade qui fait le sujet de la première observation.

Les parties malades nettoyées par des cataplasmes, on vit à nu l'état de la peau; celle-ci était rouge et luisante comme nous l'avons observé dans le cas précédent. Après un traitement que nous détaillerons plus loin, cette jeune fille sortit guérie le 17 septembre.

Les CAUSES de cette espèce de dartre ne sont pas plus connues que celles de la plupart des autres affections cutanées; toutefois on remarque en général, et nous venons d'en citer deux exemples, que les personnes dont la peau est très-fine, et dont la constitution est lymphatique ou scrofuleuse, y sont fort exposées; aussi les femmes en sont-elles affectées plus fréquemment que les hommes.

La mélitagre ne se présente pas toujours d'une manière aussi tranchée; quelquefois les croûtes n'ont pas cette belle coloration et cette demi-transparence qui les fait ressembler à des grains de succin; elles sont dans certains cas moins épaisses, d'un jaune légèrement verdâtre; ailleurs ce sont des gouttes d'un liquide jaune rougeâtre, suintant à travers des crevasses de l'épiderme, et se concrétant à la manière de la gomme des arbres; cette dernière forme s'est présentée à nous l'an passé, chez une femme couchée dans le service de M. Alibert, et qui a été montrée nombre de fois aux élèves qui suivaient la clinique de ce professeur.

La DURÉE de la mélitagre n'a rien de constant : abandonnée à elle-même, cette affection peut durer des mois, des années; soumise à un traitement actif, la guérison se fait souvent attendre plusieurs semaines, quelquefois deux ou trois mois; cependant il est rare qu'on ne finisse pas par en triompher.

Il est plusieurs maladies de la peau dont l'aspect se rapproche beaucoup de celui de la mélitagre, et qui dès lors pourraient en imposer pour cette affection. Je citerai seulement les principales, en indiquant les SIGNES différentiels.

1° *L'esthiomène*, par ses croûtes épaisses et d'un jaune verdâtre, pourrait, aux yeux de certaines personnes, simuler la mélitagre. On évitera toute erreur si l'on fait attention que ces concrétions n'offrent pas la moindre transparence; qu'elles sont entourées d'un cercle rouge particulier, dont nous avons décrit l'aspect (Voir le n° de juin); enfin, l'état des parties qu'elles recouvrent achèvera de lever tous les doutes;

2° *La mentagre* présente des concrétions jaunâtres dont la physionomie se rapproche beaucoup de celle que présente la maladie qui nous occupe; mais elles n'ont pas non plus cette demi-transparence et ce brillant dont nous avons parlé; de plus, elles reposent sur un tissu cutané, induré, rouge et tuméfié; enfin, on voit souvent, autour des plaques de mentagre, des pustules assez volumineuses, à base large et dure, tandis que dans la mélitagre les pustules, *quand elles existent*, sont beaucoup plus petites; elles s'observent d'ailleurs bien plus rarement. On conçoit que la confusion ne peut avoir lieu si l'affection existe autre part qu'à la lèvre supérieure ou au menton;

3° Les caractères spéciaux de la *syphilide crustacée* sont trop connus et trop manifestes pour qu'il soit possible de se méprendre jamais;

4° *La dartre squameuse humide*, offrant plusieurs points de rapprochement avec la mélitagre, et ces deux maladies se *compliquant* quelquefois, nous allons les comparer sous divers points de vue; *quant au siége*, la mélitagre se rencontre surtout à la face; la dartre squameuse humide se montre principalement aux membres ou au pourtour des ouvertures naturelles; *quant à l'étendue*, la première occupe d'ordinaire de petites surfaces, dont les plus considérables n'ont guère que cinq à six pouces de diamètre, tandis que la seconde envahit souvent des membres entiers, quelquefois même tout le corps; *quant aux symptômes*, il faut les étudier au début et dans le cours de la maladie. La mélitagre

s'annonce le plus souvent par une éruption pustuleuse, tandis que ce sont des vésicules qui signalent l'invasion de la squameuse. Arrêtons-nous un instant sur ces deux lésions, auxquelles on a attaché tant d'importance dans ces derniers temps, sous le nom de lésions élémentaires. Si l'on veut parler logiquement, est-il permis de nommer élémentaire le *produit* d'une sécrétion amassé sous l'épiderme, et constituant une vésicule si c'est de la sérosité, une pustule si c'est du pus; il est clair qu'à cette vésicule, à cette pustule, a préexisté un état inflammatoire local, qui est la vraie lésion élémentaire. C'est par un étrange abus de mots que l'on a considéré la croûte ou la squame comme un produit de la pustule ou de la vésicule; c'est toujours la même substance, mais seulement à un état différent, liquide sous l'épiderme, concrétée après la rupture de celui-ci. Cette lésion est-elle constante, c'est-à-dire l'invasion et la marche de la squameuse sont-elles toujours accompagnées de vésicules; l'invasion et la marche de la mélitagre sont-elles toujours accompagnées de pustules? Le début de ces deux maladies est effectivement caractérisé par une éruption, ainsi que nous l'avons reconnu, mais fort rarement; dans la squameuse, surtout, on en rencontre dans le cours de l'affection; l'extension du mal a souvent lieu, comme nous l'avons dit ailleurs, par l'inflammation et les érosions que déterminent sur les parties saines le contact d'un fluide âcre et irritant. Enfin, on voit quelquefois le liquide d'une vésicule devenir opaque et blanchâtre; cela est surtout remarquable dans la complication de la mélitagre par la squameuse, et que Willan a nommée *Eczema impetiginodes*. Il n'est pas rare non plus de voir, soit par l'effet de médicamens irritans, soit par toute autre cause, se développer des pustules sur une surface affectée de squameuse humide. Dans tous ces cas, mais surtout quand la lésion dite élémentaire vient à manquer, comment fixer son diagnostic? Réduisons donc ces signes à leur juste valeur; constatons leur utilité quand ils existent, mais convenons aussi que l'on peut fort bien s'en passer, et que les lésions qui leur succèdent, et qui sont la maladie elle-même, suffisent pour la faire reconnaître. Attachons-nous surtout à la différence que présentent les croûtes et les squames, différence qui ressort de la description que nous avons donnée de la *squameuse* et de la *mélitagre*. Après la chute de ces concrétions, la première présente des surfaces d'un rouge plus ou moins foncé, arrosées d'une sérosité assez claire, qui suinte à travers les éraillures de la peau; dans la seconde, c'est plutôt un liquide visqueux et collant qui s'échappe des petites excoriations, résultat de la rupture des pustules. Du reste, ces deux maladies sont très-voisines l'une de l'autre, seulement la seconde semble intéresser un peu plus profondément le tissu cutané.

TRAITEMENT.

La première indication qui se présente est de nettoyer les surfaces malades des enduits crustacés qui les recouvrent, afin de porter directement sur elles les agens thérapeutiques que l'on se propose de mettre en usage. On arrive à ce but au moyen de cataplasmes de fécule, appliqués à nu, de lotions émollientes avec l'eau de son, de mauve, de cerfeuil, etc.; ces moyens seront encore mis en usage quelque temps après la chute des croûtes, tant qu'il y a de l'irritation; si même celle-ci était portée à un degré très-élevé, une application de sangsues pourrait produire un dégorgement très-avantageux; l'orgasme inflammatoire détruit, il faut passer aux médications excitantes, et l'on doit donner la préférence aux préparations sulfureuses, et surtout à celles dans lesquelles l'iode et le soufre sont associés. Quelquefois les parties malades présentent des indurations assez rebelles; dans ce cas la peau n'est point tuméfiée, elle ne s'élève pas au-dessus du tissu resté sain; il y a simplement engorgement; dans ces complications, les ventouses scarifiées ont produit de bons effets; la peau ne tarde pas à reprendre sa fraîcheur et sa souplesse accoutumées.

Les lotions acides ont parfaitement réussi entre les mains de mon collègue et ami, V. Gerdy, pour arriver à ce dernier résultat; en général, il préfère les acides aux alcalis, d'après cette remarque que les premiers ne rendent pas la peau sèche, rugueuse et furfurante, comme le font les seconds; nous avons indiqué, en parlant de la dartre furfuracée arrondie (Voir le n° de septembre), les doses auxquelles ces moyens devaient être employés. Du reste, tout ce que nous avons dit du traitement général et local de la dartre squameuse humide s'applique parfaitement ici.

BEAUGRAND.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

—

Mémoire sur les luxations anciennes, et l'époque à laquelle elles peuvent être réduites; par MM. ALEX. PAILLARD et MARX.

(*Doctrine de M. Dupuytren.*)

(Deuxième article.)

Luxation du fémur en bas et en arrière, — réduction le trente-unième jour.

Le nommé Guilleminot, âgé de vingt-un ans, d'une constitution grêle, manœuvre, luttant avec un de ses camarades, fut renversé sur le côté gauche du corps, la jambe et la cuisse du même côté étant portées en avant, et dans une forte adduction, de manière à croiser la jambe et la cuisse droite; dans cette chute, la cuisse gauche appuyant sur le sol par la partie externe de son extrémité inférieure, eut à supporter tout le poids du corps sur l'extrémité supérieure de son fémur alors dirigé obliquement en avant et en dedans; celui-ci faisant office d'un levier du premier genre, dont le point

d'appui était le côté interne et inférieur de la cavité cotyloïde fut luxée en haut et en arrière.

Le malade ne put se relever, ni exécuter aucun mouvement avec son membre; il s'aperçut bientôt qu'il était plus court que l'autre. Transporté chez lui, ses parens firent appeler un médecin, qui méconnut la luxation, et par conséquent ne lui porta aucun secours. Au bout de trente jours, Guilleminot voyant que son membre était mal conformé et restait bien plus court que celui du côté droit, voulut entrer à l'Hôtel-Dieu, le 19 octobre 1822. Voici quel était son état. Sa cuisse gauche, plus courte de trois pouces que celle du côté opposé, était légèrement fléchie, portée dans l'adduction et fortement tournée en dedans ainsi que le genou et la pointe du pied. Le grand trochanter, bien plus élevé et bien plus saillant que celui du côté droit, formait avec la tête du fémur deux saillies distinctes et par lesquelles le côté interne de la fesse se trouvait soulevé. Le pli de l'aine était beaucoup plus élevé et plus profond que celui de droite : si on y portait la main, on ne sentait pas la résistance qu'oppose ordinairement la partie antérieure de la tête et du col du fémur, résistance fort appréciable dans l'état sain. Les mouvemens d'extension complète, d'abduction et de rotation de la cuisse en dehors, étaient impossibles. Le malade pouvait néanmoins marcher à l'aide de demi-béquilles, et appuyait même, mais légèrement, l'extrémité de son pied gauche sur le sol. M. *Dupuytren* reconnut de suite la nature du mal de Guilleminot, et après l'avoir interrogé attentivement, lui promit sa guérison. Le soir de son entrée à l'hôpital, on administra au malade une once de sirop diacode; un cataplasme fut placé sur la hanche. Le lendemain il fut transporté à l'amphithéâtre; l'histoire de son mal ayant été exposée à l'auditoire, on procéda à la réduction de la luxation : les premiers efforts que l'on tenta furent d'abord sans résultats; mais à la seconde tentative, la rentrée de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde se fit Une secousse et un bruit particulier firent sentir et entendre aux aides le moment où la réduction eut lieu. Le membre, comparé à celui du côté droit, avait la même conformation. On remarqua néanmoins qu'il avait quelques lignes de longueur de plus. Cela tenait sans doute au gonflement qu'avaient éprouvé les tissus qui entrent dans la composition de la cavité; le malade fut transporté à son lit; ses deux cuisses furent tenues rapprochées l'une contre l'autre, et demi-fléchies sur un large oreiller. Pendant plus de vingt jours, il se plaignit de douleurs à la plante du pied gauche, qui furent quelquefois assez vives pour l'éveiller. Elles finirent cependant par disparaître au vingt-cinquième jour : le malade put alors se lever et marcher avec des béquilles. Il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Luxation du fémur, réduite au bout de soixante-dix-huit jours.

Le nommé *Biot* (Joseph), âgé de vingt-trois ans, fut renversé le 28 décembre 1817, dans une carrière, par un éboulement de terre qui l'enveloppa tout entier; quelques pierres vinrent le frapper à la tête, et y firent plusieurs plaies; l'une des pierres atteignit l'œil gauche, qui fut crevé. Traité seulement de ses blessures de la tête, on négligea l'examen des autres parties de son corps, et ce fut seulement long-temps après qu'on s'aperçut qu'il avait une luxation du fémur gauche. Cinq semaines après, on en tenta la réduction, mais sans succès. C'est alors que Biot se décida à aller à l'Hôtel-Dieu, le 20 mars 1818. Voici quel était son état : le membre gauche est raccourci de deux pouces, le genou et la pointe du pied sont fortement tournés en dedans et rapprochés du membre droit; ils ne peuvent être ramenés en dehors; le grand trochanter se trouve rapproché de la crête de l'os des îles, et beaucoup plus élevé que du côté opposé. Il existe une seconde saillie un peu en arrière et en haut de la cavité cotyloïde; cette saillie est formée par la présence de la tête du fémur en cet endroit; le pli de l'aine du côte malade est plus profond qu'à l'état naturel. Le membre luxé semble vouloir croiser l'autre; il y a évidemment luxation du fémur en haut et en dehors. On prescrit un bain prolongé au malade, et le lendemain il fut transporté à l'Amphithéâtre, et M. *Dupuytren* procéda à la réduction de la manière suivante :

Le malade est placé sur un lit bien horizontal, et suffisamment élevé pour que les aides ne perdent point de leurs forces en ayant besoin de se baisser. L'articulation tibio-tarsienne, sur laquelle on fait porter l'extension, est enveloppée d'une compresse enduite de cérat. Celle-ci est recouverte par une autre compresse ordinaire. Un drap plié en cravate, le plein placé sur le tendon d'Achille, est ramené croisé sur le dessus du coude-pied, et les chefs placés à droite et à gauche du pied, le sont dans une direction parallèle aux jambes. Le tout est maintenu fixé par des tours de bande en huit de chiffre, autour de l'articulation du pied. Un autre drap, également plié en cravate, est passé dans le pli de l'aine du côté sain qui a été préalablement recouvert d'un emplâtre de cérat. Les chefs de ce drap sont ramenés au-devant de la poitrine et passés dans un anneau de fer scellé dans le mur à la tête du lit, et confiés à deux aides. Un autre drap, aussi plié en cravate, est passé sous l'aisselle du côté gauche; un chef passe sur la poitrine, l'autre derrière le dos : ils sont confiés à un aide pour empêcher le mouvement de bascule. Un quatrième drap plié de même est placé sur la crête de l'os des îles, du côté malade. Les chefs ramenés de l'autre côté, l'un en avant, l'autre en arrière, sont tous deux confiés à un aide pour empêcher les mouvemens du bassin. Six aides sont placés sur les lacs de la jambe; ils doivent produire le mouvement d'extension, le lacs passé dans le pli de l'aine, étant destiné à la contre-extension. Tout étant ainsi disposé, M. *Dupuytren* se place au côté gauche du malade, les mains posées sur la tête de l'os déplacé; on commence à exercer des tractions graduées et soutenues, d'abord dans le sens affecté par la luxation, puis en les portant en dehors, lorsque la tête de l'os n'est plus fixée. Pendant

ce temps M. *Dupuytren* pousse en bas le grand trochanter et ramène le genou en dehors. Par ces premières tractions la tête du fémur éprouve un léger mouvement en bas. Les aides s'arrêtent un moment en maintenant toujours l'extension, puis ils continuent de nouveau les tractions, jusqu'à ce que le membre ait repris sa longueur et sa forme ordinaires ; un craquement particulier indique que la réduction est opérée. Les lacs ôtés, on s'aperçoit que le membre qui est luxé est de deux pouces plus long que l'autre. Alors seulement, le malade prévient qu'à l'âge de 14 ans il s'était fracturé la cuisse droite, qui avait été consolidée d'une manière vicieuse, et avec deux pouces de raccourcissement.

Malgré les efforts employés pour réduire une luxation aussi ancienne, il n'y eut qu'une légère érosion au pli de l'aine du côté droit ; la peau était un peu gercée et un peu fendillée à gauche.

Le malade n'éprouva aucun accident et sortit parfaitement guéri, le 17 avril 1818.

Voici une observation unique dans les fastes de l'art. Il s'agit d'une luxation du fémur, en haut et en dehors, réduite au quatre-vingt-dix-neuvième jour seulement. La luxation, par suite de circonstances vraiment insolites, avait été méconnue. Ces phrases ne sont point écrites ici pour justifier une erreur de diagnostic. L'auteur de l'erreur (M. Paillard), qui l'a commise et fait partager à ses confrères et à son maître, l'avoue sans détour, et il s'empresse même de la signaler avec une franchise dont le public médical lui saura probablement d'autant plus de gré, que ces confessions sont malheureusement très-rares, et privent la science d'une instruction meilleure que les relations fastidieuses de ces cent mille et quelques triomphes obtenus sur des maladies vulgaires, à l'aide de remèdes bien connus ; relations qui remplissent tous les journaux de notre temps.

Luxation de la cuisse en haut et en dehors. Réduction au quatre-vingt-dix-neuvième jour.

Madame R***, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution sèche, grêle, nerveuse, d'un caractère très-exalté, tourmentée par de violens chagrins, se précipite par une des fenêtres de son appartement situé à un troisième étage fort élevé de la rue Neuve-St-George. Cet accident arrive le 3 avril 1834, à onze heures du soir. Elle fut relevée quelques instans après, et transportée chez le concierge de la maison.

La malade, pour exécuter son projet, avait éloigné sous un prétexte sa femme de chambre, était montée rapidement sur la rampe de la croisée, et s'était précipitée les pieds les premiers ; l'air s'introduisant et s'engouffrant sous ses jupons, sa chemise et sa robe de chambre, ralentirent la chute qui se fit sur le côté gauche de la hanche, et à nu, car aucun de ses vêtemens ne fut souillé ni déchiré.

On vint de suite chercher M. Paillard qui demeurait dans la même rue que madame R***. Elle avait été relevée avec précaution. Voici l'état dans lequel elle se trouvait, et les lésions qu'on observa : La connaissance était entière, la malade ne l'avait pas perdue un seul instant, car elle se rappelait parfaitement bien toutes les circonstances de sa chute, depuis le moment où elle s'élança par sa fenêtre jusqu'à celui où elle atteignit le sol ; alors seulement, elle eut une syncope pendant laquelle on la releva et on la transporta chez le concierge. Cette syncope se dissipa promptement, et la malade rendit très-distinctement compte de toutes ses souffrances ; elle se plaignait d'une forte douleur à la partie antérieure de la poitrine. On y constate une fracture du sternum à la partie supérieure, à deux pouces environ de son extrémité, enfoncement de plusieurs lignes de ce fragment supérieur sous l'intérieur, point de plaie à la peau, une ecchymose légère seulement. Madame R*** était couchée sur le côté droit, la cuisse gauche fortement fléchie sur le bassin, et la jambe passée sur la cuisse droite ; impossibilité de ramener le membre gauche à sa position naturelle, sans faire éprouver les plus violentes douleurs à la hanche ; la pointe du pied et du genou fortement inclinés en dedans ; à la fesse une large ecchymose à la peau et sous cette membrane un épanchement considérable de sang : dans la fosse iliaque externe, une tumeur dure, arrondie, qu'on regarda comme la tête du fémur ; saillie considérable du grand trochanter qui est sensiblement rapproché de la crête de l'os des îles.

A ces signes, M. Paillard diagnostiqua une luxation de l'extrémité supérieure du fémur, en haut et en dehors, peut-être une fracture avec écrasement de cette extrémité du fémur et des os du bassin : du reste point de paralysie ni dans l'un ni dans l'autre membre ; il y avait sur diverses parties du corps des ecchymoses légères et quelques petites excoriations ; une petite plaie superficielle, mais assez douloureuse, existait au talon.

On transporta la malade dans son appartement, et M. Paillard, aidé par M. le docteur D...., qui était venu le joindre, disposa tout pour la réduction.

Cette manœuvre ne présenta rien de particulier, si ce n'est son extrême facilité. Les efforts que firent les trois aides chargés de faire l'extension furent très-modérés, et l'os rentra promptement et avec bruit dans sa cavité. Le membre inférieur reprit alors de suite sa longueur et sa direction. Comparé avec l'autre, il ne présentait aucune différence. Cette réduction avait été faite sur un divan, dans un salon assez vaste ; il fallut transporter la malade dans sa chambre à coucher ; M. Paillard la transporta avec M. D...., et avec précaution. Les cuisses furent rapprochées et maintenues l'une contre l'autre. Aucun mouvement violent ou désordonné ne se fit, aucune secousse n'eut lieu, et cependant à peine la malade était-elle dans le lit, que le raccourcissement se fit de nouveau avec promptitude ; les douleurs reparurent avec force, et la direction de la pointe du pied et du genou en dedans, recommença ; c'est alors que les assistans, gens de l'art, s'écrièrent qu'il y avait fracture du col du fémur, et non pas luxation. M. Paillard plaça alors la cuisse dans la position demi fléchie, pour mieux examiner l'état des choses ; la malade à

son tour s'écria que cette position la soulageait beaucoup, et qu'elle souffrait moins.

La plupart de ces circonstances frappèrent M. Paillard, et le rendirent très-incertain sur la valeur de son premier diagnostic. Se rappelant alors la facilité avec laquelle la réduction s'était opérée, alors qu'il s'apprêtait à voir de grands efforts nécessaires ; la facilité et la promptitude avec laquelle le raccourcissement s'était reproduit, alors qu'on n'avait fait aucun mouvement extraordinaire, il crut décidément s'être trompé ; et, malgré l'absence de la crépitation, la déviation du pied en dedans, qui l'avait surtout fait insister sur son premier diagnostic ; se rappelant d'ailleurs que ces circonstances se remarquaient un certain nombre de fois dans cette fracture ; enfin, se fiant surtout à l'importance des trois phénomènes indiqués, savoir : 1° la facilité avec laquelle la réduction s'était faite ; 2° celle avec laquelle les symptômes s'étaient reproduits ; 3° le soulagement si grand et immédiat qui suivit la position demi-fléchie donnée au membre, il abandonna complétement sa première idée et se rendit surtout à celle de M. D..... Il crut enfin à une fracture du col du fémur, avec écrasement probable de la tête de cet os, du bassin et, en conséquence on appliqua l'appareil des fractures du col du fémur, employé à l'Hôtel-Dieu de Paris, c'est-à-dire la position demi-fléchie de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, à l'aide du double plan incliné fait avec des oreillers. M. Des..., médecin ordinaire de Mme R...., que l'on était allé chercher, mais qui demeurait dans un quartier très éloigné, arriva à minuit, examina la malade, l'appareil qui avait été appliqué, adopta, comme MM. Paillard et D.... l'idée de la fracture du col. A une heure du matin, *M. Dupuytren* arriva : on lui fit le même récit. S'en rapportant à ce qui lui fut dit, il examina seulement l'appareil sans le faire lever, et approuva ce qui avait été fait.

M. Paillard et M. Des..... restèrent seuls chargés de la direction du traitement de Mme R. Quelques accidens généraux survinrent et furent facilement calmés par des saignées générales, quelques sangsues et des antispasmodiques. Mais des douleurs vives et opiniâtres se faisaient sentir dans la hanche, l'aine et le genou du côté gauche. Ces douleurs étaient surtout exaspérées par les tractions que l'on exerçait de temps en temps sur l'extrémité inférieure de la cuisse, dans le but de mettre mieux en rapport le prétendu fragment supérieur avec l'inférieur. Les douleurs deviennent par moment très-vives dans le genou, et dans l'idée qu'il pourrait même y avoir quelques accidens inflammatoires, on y appliqua une fois des sangsues, et presque constamment des cataplasmes émolliens : on en mettait toujours sur la hanche et la partie supérieure de la cuisse. Trois mois se passèrent ainsi : à cette époque, persuadés que la fracture du col du fémur était consolidée. MM. Paillard et D..., ôtèrent l'appareil, décidés à laisser Mme R.... encore une quinzaine de jours au lit, avant de lui permettre d'essayer de marcher. En examinant avec soin son membre, ils remarquèrent avec étonnement un raccourcissement de quatre pouces au moins. Sa jambe était demi-fléchie sur la cuisse, et le pied étendu sur la jambe. Les deux articulations tibio-tarsienne et tibio-fémorale étaient très-raides et permettaient à peine quelques mouvemens. On essaya d'en faire exécuter quelques-uns très-légers à l'articulation coxo-fémorale. Les douleurs les plus vives se manifestèrent dans cette dernière articulation ; il y eut impossibilité de diriger le membre en dehors ; la pointe du pied avait toujours une extrême tendance à se trouver en dedans, ainsi que le genou. La fosse iliaque externe est examinée alors avec soin, et une tumeur s'y fait sentir ; elle est dure, arrondie et ressemble parfaitement à la tête du fémur ; le grand trochanter est rapproché de la crête de l'os des îles ; les tégumens de l'aine sont plissés ; un vide notable semble exister au-dessous de l'arcade crurale. M. Paillard revoit enfin presque tous les symptômes de la luxation de la cuisse qu'il avait observés le jour de l'accident arrivé à Mme R..., et il reconnaît que lui et son confrère se sont abusés pendant trois mois sur la nature de la maladie de Mme R., et qu'ils ont eu affaire à une luxation de la cuisse. Cruellement désillusionnés, mais conservant encore cependant quelque espérance, ils prièrent *M. Dupuytren* de venir les aider de ses conseils et de ses lumières : il reconnut la méprise, la déplora avec eux, mais n'abandonna pas tout espoir de guérison. Après y avoir mûrement réfléchi, il conseilla de tenter la réduction, et y procéda le quatre-vingt-dix-neuvième jour.

Voici comment on y procéda : le lit de la malade fut mis en travers de la porte du salon ; celle-ci fut démontée. Madame R.... fut placée en travers de son lit ; une longue bûche très-forte fut placée derrière la porte, à la hauteur du lit, et en travers aussi ; ce fut sur elle qu'on passa et fixa les extrémités d'un drap destiné à faire la contre-extension : le plein de ce drap fut passé sur l'aine du côté sain, les extrémités passées autour de cette bûche furent confiées à M. D.... ; un drap fut placé autour de la hanche malade, les extrémités ramenées du côté sain, et confiées à un assistant ; il était destiné à maintenir fixe dans sa position le premier drap. Le lac destiné à la contre-extension fut fixé au-dessus du genou, et solidement assujéti par les tours d'une longue bande. Les deux extrémités de ce drap furent confiées à trois aides *MM. Marx*, *Paillard* et une autre personne de la maison. *M. Dupuytren*, placé alors au côté gauche de la malade, ordonna de faire l'extension d'abord dans le sens de la direction du membre, c'est-à-dire en dedans et de gauche à droite. Ces tractions, d'abord douces et ménagées, devinrent peu à peu plus fortes, et enfin douloureuses, et arrachèrent des cris aigus à la malade. La tête du fémur céda, se déplaça, et éprouva manifestement un mouvement considérable d'abaissement qui encouragea *M. Dupuytren* à tenter de nouveaux efforts, après avoir accordé quelques minutes de repos à la malade. Ces efforts furent recommencés de la même manière, et furent couronnés de succès. La tête céda peu à peu, et *M. Dupuytren*, les mains appliquées sur elle, et la dirigeant toujours en bas et en dedans, à mesure qu'elle se dépla-

çait, commanda, lors qu'elle fut suffisamment abaissée, de diriger les mouvemens d'extension en dehors et de droite à gauche. A ce moment un bruit de craquement et le retour du membre à sa longueur et à sa direction naturelles indiquèrent la rentrée de la tête du fémur dans sa cavité. Tous les symptômes de la luxation avaient disparu ; la peau de la partie interne de l'aine, du côté malade, avait éprouvé plusieurs éraillemens et déchirures.

La malade éprouva, pendant quelques jours, des accidens nerveux assez graves, mais qui cédèrent aux anti-spasmodiques, aux bains gélatineux et émolliens. Les violentes douleurs de la hanche cessèrent complètement dès ce moment, ainsi que celles du genou, et aujourd'hui il ne reste plus à cette malade qu'un demi-ankylose du genou et du pied, suites de la longue position qu'elle a gardée pendant plus de trois mois ; maladie qui pourra facilement céder aux moyens dirigés habituellement contre elle.

Cette observation de luxation de la cuisse, réduite au 99me jour est unique dans les fastes de l'art de guérir ; car, devons-nous regarder comme d'une grande valeur celle que l'on trouve dans les Mémoires de l'Académie royale de médecine, et qui constate qu'on a pu réduire une luxation de la cuisse au bout de deux ans ?

Toutefois, cette observation ne mérite pas, d'après ce que nous avons vu et cité, le dédain avec lequel on semble la traiter maintenant, et le peu de cas que l'un de nous (M. Marx) en a fait dans un Mémoire qu'il a publié à ce sujet, et inséré dans le *Répertoire d'Anatomie et de Physiologie.* A. Paillard et Marx.

NOTICE SUR LE MODE DE PANSEMENT LE PLUS CONVENABLE DES PLAIES QUI RÉSULTENT DE L'AMPUTATION DES MEMBRES DANS LEUR CONTINUITÉ ; par M. Chavane, médecin de l'hôpital et des prisons de Mirecourt (Vosges).

En médecine, comme en politique, les conséquences les plus graves dérivent souvent de causes qui, futiles en apparence, n'en sont pour cela que plus redoutables. Combien de fois, par exemple, mes collègues n'ont-ils pas été témoins, comme moi, dans les hôpitaux de l'armée, d'accidens de nature alarmante pendant le traitement de plaies graves, surtout de celles par amputation des membres, pour avoir été pansées avec négligence ou avec trop peu de discernement ! La rétraction des parties molles au-dessus du niveau de l'os, la nécrose de celui-ci dans la portion laissée à découvert, le renversement des bords de la plaie, leur irritation douloureuse, la pourriture d'hôpital, le tétanos même s'offraient journellement à nos yeux, et l'examen du pansement révélait souvent que de si fâcheux accidens avaient eu pour principe des circonstances auxquelles on aurait cru devoir n'attacher aucune importance.

C'est pour mettre désormais à couvert d'une si funeste influence les plaies par amputation, qu'on veut réunir immédiatement, que j'indiquerai une modification aussi simple que rationnelle dans la manière de les panser, après quoi je ferai connaître le grave inconvénient attaché au procédé qu'on a suivi jusqu'alors, et les accidens auxquels il peut donner lieu. — Mais auparavant, je rappellerai en peu de mots, qu'après l'amputation des membres, quand on veut réunir la plaie par première intention, 1° les parties molles doivent être rapprochées dans un sens *presque parallèle*, au plus grand diamètre que présente le système osseux du membre, à l'endroit où la section a été opérée ; 2° le membre, après l'opération, devra être placé de telle sorte que la plaie ait une direction un peu oblique relativement au plan du lit, afin de favoriser l'écoulement des sucs séro-purulens qui pourraient se trouver entre les lèvres de la plaie ; 3° si le système pileux est très-développé, on devra raser la partie avant de procéder à l'opération, pour éviter au malade des tiraillemens douloureux que les pansemens pourraient bien occasioner.

La division des parties étant opérée, et l'hémorrhagie prévenue, soit par la ligature, soit par la torsion des artères, la direction à donner à la plaie étant d'ailleurs connue, une première précaution à prendre, ainsi que le conseille M. le baron Larrey, sera de diviser, à l'angle inférieur de la plaie, la peau, le tissu lamelleux sous-jacent et l'aponévrose, afin de favoriser le libre écoulement des fluides qui pourraient provenir de celle-ci ; d'y placer l'extrémité des ligatures, si c'est à ce moyen hémostatique qu'on a donné la préférence ; et de s'opposer enfin aux douleurs qu'un gonflement considérable pourrait occasioner sous une aponévrose épaisse, non susceptible de se prêter à une grande distension. Ensuite le chirurgien rapprochera les lèvres de la plaie, conformément à ce qui a été dit pour la direction à lui donner, en saisissant le membre à l'extrémité opposée à celle du moignon, entre les mains placées en tels sens que, glissant parallèlement et pressant modérément jusqu'à lui, toutes les parties molles se trouvent dans le rapport qu'elles devront conserver. Ce rapport bien établi, et la plaie ayant reçu la direction qui convient à sa spécialité, le moignon sera confié à un aide pendant que l'opérateur placera sur le membre quatre à six bandelettes de sparadrap, qui passeront sur la plaie réunie, en la croisant à angle droit, un linge fénêtré, un peu plus grand que la surface du moignon, et légèrement enduit de cérat, viendra ensuite, et par-dessus on appliquera un grand gâteau de charpie brute, destiné à absorber les suintemens et à protéger l'extrémité du membre contre les chocs extérieurs. La charpie sera maintenue par une compresse molle d'une longueur à peu près double de celle du membre, sur une largeur égale au diamètre du moignon, couvrira la plaie et tout le moignon. Deux autres compresses, mais *graduées et à la large base*, assez épaisses pour que, appliquées sur deux faces opposées du membre, le plus grand diamètre de celui-ci passe par leur sommet ; deux compresses graduées, dis-je, *seront appliquées dans toute la longueur du membre, sur deux de ses faces opposées, parallèles à la direction de la plaie.* Enfin, tout l'appareil sera fixé

par une bande roulée si c'est à un membre supérieur qu'on a affaire, ou par le bandage de Scultet, plus commode, si c'est à un des membres abdominaux. Pour terminer sa tâche, le chirurgien placera le membre dans l'attitude la plus convenable; ce sera la face palmaire en dessous, un peu inclinée de haut en bas et de dedans en dehors, pour les membres thoraciques, et quant aux membres pelviens, il les placera sur leur face externe, avec l'attention, lorsqu'il s'agira de la jambe, de mettre le moignon dans la demi-flexion : d'ailleurs, pour que cette position soit plus aisément gardée par le malade, on inclinera légèrement le tronc du côté du membre opéré; et pour que cette attitude soit gardée avec assiduité par le patient, on placera, le long de la colonne épinière, un plan qui, quoique mollet, lui serve pourtant de point d'appui.

On voit de suite le but important que doivent atteindre les deux compresses graduées, dans l'appareil que je viens de décrire: elles en sont en effet la partie essentielle; c'est à elles qu'est dû l'immense avantage que présente ce nouveau mode sur celui qu'on met en usage. Par elles, en effet, la forme linéaire donnée à la plaie par les agglutinatifs, est conservée dans son intégrité, de telle sorte même que, si les bandelettes venaient à se détacher, les lèvres de la plaie ne changeraient pour ainsi dire pas de rapports entre elles. Elles tendent donc à favoriser le rapprochement, à le maintenir, et indirectement à prévenir les accidens qui pourraient résulter d'un écartement des lèvres.

Au contraire, dans l'appareil ordinaire, auquel je propose de substituer celui-ci, quel effet produit *le bandage*, indépendamment des *compresses graduées*, soit qu'on employât la bande roulée, soit qu'on eût donné la préférence au bandage de Scultet? Il ne tend à rien moins, qu'à rendre circulaire une plaie à laquelle on avait imposé une forme linéaire, en faisant prendre cette forme circulaire au membre et au moignon; à faire cesser l'adhérence préalablement établie à l'aide des agglutinatifs, et à faire exercer par ceux-ci des tiraillemens douloureux sur les poils, surtout si le sujet est dans une situation physique ou morale qui le rende irritable. Or, ces divers élémens de douleur peuvent devenir le principe d'accidens plus graves, du tétanos même, quand des circonstances individuelles, comme le chagrin, si naturel en pareil cas, ou un mauvais état des premières voies, les variations ou les excès de la température, le séjour dans un hôpital encombré, ou un état particulier, mais indispensable de l'atmosphère, agissent déjà sur le malade, comme causes prédisposantes.

Deux compresses graduees ne sont pas nécessaires dans tous les cas : le plan du lit sur lequel le membre repose peut tenir lieu de l'une d'elles, lorsqu'il s'agit des membres abdominaux, et dans ce cas le bandage roulé peut-être avantageusement remplacé par le bandage à bandelettes séparées; tandis que, lorsqu'il s'agit des membres thoraciques, et que l'état des forces permet que le blessé se procure les douceurs de la promenade, elles sont nécessaires et s'accordent bien alors avec le bandage roulé.

J'aurais voulu abréger la fastidieuse longueur des détails dans lesquels je suis entré; mais ils tendent vers un but d'une assez haute importance, et par cette considération, aucun ne m'a paru oiseux. Même, comme l'exemple donne une idée beaucoup plus juste des choses, lorsqu'il est mis à côté du précepte, j'analyserai, mais aussi succinctement qu'il me sera possible, une observation que je trouve consignée dans mes notes.

Un jeune homme avait eu la jambe fracturée comminutivement, avec un désordre si grand dans les chairs et dans les os, que je crus indispensable d'amputer la cuisse. Je pratiquai l'opération sur-le-champ, et après m'être prémuni contre l'hémorrhagie, je ramenai la peau et les chairs vers l'extrémité du moignon, qui me présenta un cône creux, dont le sommet tronqué était représenté par le fémur, divisé vers son quart inférieur. Les muscles et la plaie furent rapprochés de dehors en dedans, de manière que ceux-là couvrissent l'extrémité de l'os; ils furent recouverts à leur tour par la peau, dont les bords furent rapprochés de haut en bas, et de dehors en dedans, de manière à figurer une ligne un peu oblique, plutôt que parallèle à l'horizon. Le moignon fut confié à un aide; cinq bandelettes agglutinatives furent plus tard substituées à ses mains, et les ligatures furent placées dans l'angle inférieur préalablement divisé d'un trait de bistouri dans l'étendue d'environ neuf lignes. Elles furent ensuite couvertes à la surface du moignon, d'un épais gâteau de charpie, puis par une compresse molle, deux fois plus longue que le membre. Le malade fut alors placé sur un lit, la cuisse reposant par sa face externe, un peu inclinée en dedans, sur un plan parallèle à la lèvre inférieure de la plaie; un bandage à bandelettes avait été disposé sur le lit, et la cuisse fut mise en rapport avec lui : la face du membre qui répondait à la lèvre supérieure de la plaie fut couverte d'une *longue compresse graduée très-élevée et à base très-large*, et les chefs des bandelettes vinrent se croiser sur elle, serrés avec modération. Au sixième jour l'appareil fut levé et la réunion me parut parfaitement disposée. Le septième, apparition d'un foyer purulent vers l'angle inférieur de la plaie, entre la peau et les muscles de la région postérieure de la cuisse, que des compresses graduées sur cette région dissipèrent en trois jours. Le neuvième, diarrhée accompagnée de symptômes gastriques, pus séreux, etc. : Dix-huit grains d'ipécacuanha dans huit onces d'eau, pris en trois doses, procurèrent plusieurs vomissemens de matières bilieuses : la diarrhée disparut dès le jour même, l'appétit se fit sentir, le pus diminua et prit un bon caractère. Le quatorzième, je sortis les ligatures de l'angle de la plaie. Le dix-septième, réunion parfaite de ses cinq-sixièmes externes; et le vingt-septième, la cicatrisation était complète, le moignon indolore, sans gonflement, et le malade se promenait à l'aide de béquilles. CHAVANE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

DÉCEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Mémoire sur le mécanisme de l'accouchement naturel (1).

(2e article.)

Les diverses présentations et positions auxquelles nous avons cru devoir rattacher tous les rapports possibles du fœtus avec le bassin, au commencement ou dans le cours du travail, ne sont certainement pas toutes également favorables à son expulsion naturelle et heureuse. Il en est quelques unes, en effet, les présentations de la face et celles de l'extrémité pelvienne, par exemple, qui, sans ajouter sensiblement aux difficultés de la parturition, compromettent cependant à un certain degré la vie du fœtus; il en est d'autres, les présentations du tronc sont dans ce cas, qui non seulement ajoutent à la longueur, aux difficultés et aux dangers de l'accouchement, mais qui le rendent même le plus souvent impossible sans l'intervention de secours étrangers; toutefois, dans l'état actuel de la science, on ne peut raisonnablement se refuser à reconnaître qu'il n'est aucune des présentations que nous avons indiquées qui n'admette, certaines conditions étant données, il est vrai, la possibilité de l'accouchement par le seul secours des efforts maternels. Il n'en est aucune non plus dans laquelle cette expulsion ne s'accomplisse suivant des règles assez constantes pour pouvoir être observées et décrites; il n'en est aucune par conséquent qui n'ait un mécanisme d'accouchement qui lui soit propre; c'est assez dire que nous nous proposons d'étudier les lois qui régissent l'expulsion du fœtus dans toutes les conditions de situation et de rapports que nous avons précédemment exposées.

Nous avons dit que ces conditions n'étaient pas toutes également favorables à l'expulsion heureuse du fœtus; il n'est presque pas nécessaire d'ajouter qu'elles ne sont pas et ne doivent pas être également fréquentes; beaucoup de tables ont été publiées déjà pour fixer le rapport de fréquence qui existe entre ces conditions diverses, et cependant ce point assez intéressant de la science ne nous semble pas avoir encore été suffisamment éclairé. Le résultat de nos propres recherches à cet égard trouvera donc utilement sa place dans cet article.

Dans l'espace de quatre ans et demi nous avons examiné 2,300 femmes en travail, dans le but de constater les rapports du fœtus avec le bassin. Elles étaient toutes parvenues au moins à la fin du sixième mois de leur grossesse. Comme chez 300 d'entre elles il ne nous a été possible de reconnaître la situation du fœtus qu'à une époque trop avancée de l'accouchement pour que nous ayons pu bien juger de ce qu'elle avait été au début du travail, ces trois cents femmes ne figureront pas dans nos calculs; le nombre primitif de femmes examinées se réduit donc à 2,000.

Sur ces 2,000 femmes, 20 sont accouchées d'enfans jumeaux, ce qui porte à 2,020 le nombre des enfans nés, et dont les rapports avec le bassin, pendant le travail, ont pu être bien appréciés.

De ces enfans, 1,922 ont présenté la tête, 85 l'extrémité pelvienne, et 13 une des régions latérales du tronc. Parmi ceux qui ont présenté la tête, 1,913 ont offert le sommet, et 9 la face. Parmi les 85 cas de présentation de l'extrémité pelvienne, 5 fois les pieds et les fesses se sont engagés ensemble, 54 fois les fesses se sont engagées seules, 26 fois les pieds déployés ont précédé les fesses et sont descendus les premiers. Dans les 13 cas de présentation du tronc, nous avons neuf fois reconnu la région latérale gauche, et quatre fois seulement la région latérale droite. Le tableau suivant résume ce que nous venons de dire.

Femmes accouchées. . . .		2,000		
Enfans nés.		2,020		
Présentation	de l'extr. céphalique.	1,922	somm.	1,913
			face. .	9
	de l'extr. pelvienne.	85	f. et pieds ensem.	*b.*
			fesses. .	54
			pieds. .	26
			genoux.	0
	du tronc.	13	rég. lat. gauch.	9
			-- lat. dr.	4

Les rapports particuliers des régions qui se sont présentées, avec les divers points du bassin, en un mot les positions méritent une attention spéciale.

Parmi les 1,913 présentations du sommet, 1,367 fois

(1) Voir, pour le premier article, le numéro de février 1834, tome XIX de l'*Encyclographie des Sc. Méd.*

l'occiput s'est trouvé en rapport avec la moitié latérale gauche du bassin, et 546 fois avec la moitié latérale droite.

Parmi les 9 présentations de la face, nous avons 6 fois trouvé le menton dirigé vers l'un des points de la moitié latérale droite de ce canal, et 3 fois vers l'un des points de la moitié latérale gauche.

Dans les 85 cas de présentation de l'extrémité pelvienne, le toucher nous a fait reconnaître 41 positions sacro-latérales gauches, et 44 sacro-latérales droites.

Parmi les 9 présentations de la région latérale droite, 3 fois la tête du fœtus occupait le côté droit, et 1 fois le côté gauche du bassin.

Enfin, dans les 9 présentations de la région latérale gauche, 4 fois la tête fœtale s'est trouvée en rapport avec la fosse iliaque gauche et 5 fois avec la droite.

Ce que nous venons de dire des positions se résume dans le tableau qui suit.

PRÉSENTATIONS.	POSITIONS.	
Sommet.	occipito-latér. gauc. .	1,367
	occipito-latér. droite.	546
Face.	mento-latér. droite. .	6
	mento-latér. gauche.	3
Extrémité pelvienne. .	sacro-latérale gauche.	41
	sacro-latérale droite.	44
Région lat. dr. du tronc.	céphalo-latér. gauche.	1
	céphalo-latér. droite.	3
Région lat. ga. du tronc.	céphalo-latér. gauche.	4
	céphalo-latér. droite.	5

Tels sont les résultats de nos propres observations; ils sont établis, comme on le voit, sur des chiffres beaucoup moins élevés que ceux des tables que la pratique de l'hospice de la Maternité a déjà fournies. Nous devons nous expliquer à cet égard.

Il nous aurait été certainement très-facile de prendre des termes de comparaison beaucoup plus nombreux, et 30,000 accouchemens à peu près auraient pu servir de base à ce travail de statistique obstétricale. Les inductions que nous aurions tirées de l'observation d'un aussi grand nombre de faits eussent été très-valables, mais à la condition que nous ne les aurions appliquées qu'à la démonstration de la fréquence comparative des présentations; le diagnostic restreint à ce point n'exigeant pas beaucoup d'attention et d'expérience, nous aurions pu, sans craindre d'altérer la vérité des faits, nous aider de quelques secours étrangers; mais, comme il n'en saurait être de même des positions qui réclament, pour être bien appréciées, une grande habitude et une sûreté de diagnostic qui ne peut être que le fruit d'un exercice très souvent répété, nous n'avons voulu nous en rapporter qu'au témoignage de nos propres sens. Voilà pourquoi le nombre des faits sur lesquels se fondent nos conclusions n'est pas aussi considérable qu'il aurait pu l'être; et, tel qu'il est, il a cependant exigé quatre années et demie de recherches suivies et attentives. Aussi nous sera-t-il permis de penser que les résultats que nous publions peuvent être considérés comme une expression des faits, aussi fidèle que peut le permettre l'insuffisance de nos moyens d'investigation.

Nos recherches, pour ce qui regarde la fréquence comparative des présentations, nous ont conduit, à ce qu'il nous semble, à des résultats qui s'accordent assez avec ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et cela devait être. Des divergences d'opinions ne sont guère possibles lorsqu'il s'agit de faits dont la constatation est facile, et pour l'appréciation desquels le témoignage de la vue serait presque suffisant. Mais cet accord n'existe plus sur les positions, et l'on va voir qu'il existe bien moins encore sur les nuances diverses que celles-ci peuvent offrir; il nous importe d'arrêter un instant l'attention du lecteur sur ce point.

En admettant, pour les présentations du sommet (il nous suffit de prendre celles-là pour exemples), deux positions latérales seulement, il est évident que nous avons confondu dans cette seule dénomination d'une part la première et la cinquième de Baudelocque (première et quatrième de M. Capuron), dont nous avons fait l'occipito latérale gauche, et d'une autre part la deuxième et la quatrième de Baudelocque (deuxième et troisième de M. Capuron), dont nous avons fait la position occipito-latérale droite; il est de plus évident que nous avons cessé d'admettre, ou que plutôt encore nous avons confondu dans les positions précédentes la troisième (occipito-pubienne) et la sixième (occipito-sacrée) de Baudelocque; nous avons pourtant accordé que chacune de nos deux positions fondamentales admettait des nuances fort nombreuses, lesquelles pouvaient en définitive se rattacher à deux principales, qui reproduiraient celles de Baudelocque et de M. Capuron. Dans l'une l'occiput serait placé en avant du diamètre transverse; dans l'autre il serait en arrière de ce diamètre. Bien que nous n'ayons pas cru nécessaire de faire entrer ces nuances dans notre classification, pour des raisons qui seront bien comprises plus tard, nos recherches, dans l'état actuel de la science, ne pouvaient manquer de s'étendre à l'appréciation de ces nuances et voici les résultats que nous avons obtenus :

Dans les 1,367 cas de position occipito-latérale gauche l'occiput s'est trouvé 1,355 fois dirigé en avant dans des rapports qui, par conséquent, représentent à peu près la première position de Baudelocque et de M. Capuron, et douze fois seulement en arrière dans la cinquième position de Baudelocque (quatrième de M. Capuron).

Dans les 546 cas de position occipito-latérale droite l'occiput s'est trouvé 55 fois seulement dirigé en avant c'est-à-dire à peu près dans la deuxième position de Baudelocque et de M. Capuron, et 491 fois en arrière dans la quatrième position de Baudelocque (troisième de M. Capuron).

Ainsi, sur 2,020 accouchemens seulement, nous avons trouvé l'occiput 491 fois dans des rapports qui n'auraient été reconnus que 109 fois sur 20,000 accouchemens d'après les tables de madame Boivin, et 164 fois

sur plus de 22,000, d'après celles de madame Lachapelle ; d'un autre côté, nous n'avons constaté que 55 positions occipito-cotyloïdiennes droites, ce qui établit entre cette position et le nombre des accouchemens qui ont servi de base à nos calculs, un rapport de 1 à 36 ou 37, tandis que madame Boivin en indique 3,682 sur 20,517, et madame Lachapelle 4,659 sur 22,282, c'est-à-dire une position occipito-cotyloïdienne droite sur 4 ou 5 accouchemens. Enfin, sur 2,020 accouchemens, nous avons observé 12 fois l'occiput dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, c'est-à-dire une position de ce genre sur 169 accouchemens, pendant que les tables de madame Boivin en admettraient une sur 225 à 226, et celle de madame Lachapelle une sur 377 à peu près.

Ces différences, entre les résultats de nos recherches et ceux que les tables de l'hospice de la Maternité ont fournis jusqu'à ce jour, ne sont pas moins remarquables pour les positions de l'extrémité pelvienne ; sur les 41 positions sacro-latérales gauches, nous en avons reconnu 12 dans lesquelles la région postérieure du fœtus regardait en arrière ; et sur les 44 positions sacro-latérales droites, nous en avons observé 29, dans lesquelles la région postérieure du fœtus était dirigée dans le même sens. Ces proportions paraîtront remarquables si on les compare à celles qu'indiquent mesdames Boivin et Lachapelle, puisqu'il résulterait des tables de madame Boivin qu'on n'aurait observé que 16 positions sacro-postérieures sur 611 présentations de l'extrémité pelvienne ; et de celles de madame Lachapelle, qu'on n'en aurait reconnu que 8 sur 804 présentations du même genre. Cette divergence d'opinions sur une question de fait mérite quelques éclaircissemens.

Pour constater les rapports du fœtus avec le bassin pendant la parturition, l'on peut employer deux modes très-différens : l'un consiste à rechercher ces rapports aussitôt que la dilatation de l'orifice est assez grande pour permettre sans difficulté l'introduction du doigt ; l'autre, à attendre, dans l'espérance de porter un jugement plus sûr, que le fœtus soit devenu, par les progrès du travail, très-facilement accessible, et à différer même, pour établir un diagnostic, jusqu'au moment où il franchit la vulve et se montre aux yeux des assistans. Le premier de ces modes a, il est vrai, l'inconvénient que les investigations ne sont pas toujours fructueuses, quand le travail est très-peu avancé ; mais, comme répétées plus tard, elles manquent rarement d'atteindre le but, il a le très-grand avantage d'être réellement probant, parce que ces investigations hâtives sont les seules qui puissent saisir le fœtus dans ses rapports primitifs avec le bassin. Le second mode a l'inconvénient très-grave de donner une fausse idée de ces premiers rapports ; lorsqu'en effet le sommet, la face ou le pelvis fœtal, se montrent à l'extérieur, ou lorsque, sans être apparentes encore, ces parties du fœtus sont très-rapprochées des parties génitales, leur situation à l'égard du canal qu'elles ont parcouru, ou qu'elles parcourent encore, est ordinairement loin d'être alors ce qu'elle a été au début du travail. Aussi, si de ce que découvre la vue, ou même une exploration manuelle tardive, l'on conclut à ce qui a dû être précédemment, on s'expose certainement à tomber dans l'erreur. Il n'est pas douteux que c'est pour avoir jugé ainsi que les anciens accoucheurs ont si long-temps méconnu la situation réelle du fœtus au début du travail, et nous avons la conviction intime que c'est ce mode défectueux d'investigations qui a servi à la rédaction des tables publiées par madame Boivin et madame Lachapelle. Nous dirons plus, c'est que leurs proportions sont établies sur un nombre beaucoup trop considérable d'observations pour qu'il en ait pu être autrement. Dans le fait que nous signalons réside en très-grande partie la cause des différences notables qui existent entre les résultats que nous venons de faire connaître, et ceux que la pratique de l'hospice de la Maternité a donné l'occasion de publier, et qui, parmi nous, ont servi de règle jusqu'à ce jour.

Nous avons mis dans les explorations, dont nous venons d'exposer les résultats toute l'attention qu'exigeait l'éclaircissement d'une question physiologique, diversement résolue ; nous croyons, par conséquent, que nous nous sommes beaucoup plus rapproché de la vérité que les auteurs dont nous venons de contredire les opinions, mais nous nous gardons bien d'affirmer, cependant, que notre diagnostic ait été constamment exempt d'erreur ; les raisons sur lesquelles notre réserve se fonde, méritent que nous nous y arrêtions un instant, car ce que nous avons à dire ne s'applique pas seulement à nos recherches, mais à toutes celles du même genre qui peuvent être faites.

Nous n'avons pas d'autre moyen probant d'apprécier les positions du fœtus que le toucher vaginal, et c'est à l'aide du doigt, par conséquent, que nous cherchons à constater les rapports des divers points remarquables de la région du fœtus qui se présente, avec les divers points du contour du bassin. Il est en général facile de reconnaître les points qui caractérisent une présentation, quand la tuméfaction des parties, résultant de la longueur du travail, n'en a pas altéré ou n'en masque pas les apparences ; les sutures et les fontanelles pour le sommet de la tête, le nez et la bouche pour la face ; l'anus, les ischions, le coccyx, les talons, les orteils, pour l'extrémité pelvienne, peuvent être aisément reconnus ; il est également facile de déterminer si quelques uns de ces points sont dirigés vers le côté gauche ou le côté droit du bassin, et d'en déduire les rapports de la région antérieure ou postérieure de l'enfant avec la paroi latérale droite ou gauche de l'utérus. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer si le point de reconnaissance est en arrière ou en avant du diamètre transversal du bassin, si dans les présentations du sommet, par exemple, la fontanelle postérieure est réellement en arrière ; de côté, ou même en avant ; il est vrai que la direction de la suture sagittale devrait éclairer tous les doutes, mais elle n'est pas très-bien jugée par le toucher qui, pour cette appréciation, comme pour beaucoup d'autres dans lesquelles la vue ne peut l'aider

ou le rectifier, est quelquefois un instrument fort trompeur; et cela est si vrai qu'il n'est pas rare que l'indicateur de la main droite et celui de la main gauche, exercés successivement dans le même cas, reçoivent des impressions précisément opposées.

Ce n'est pourtant pas à ces difficultés bien réelles de diagnostic qu'il faut attribuer les différences entre les résultats que nous publions et ceux, beaucoup plus nombreux, qui ont été précédemment publiés, nous en avons plus haut exposé les véritables raisons. Mais ces difficultés, néanmoins, auxquelles il faut ajouter la diversité des chances qui s'offrent aux expérimentateurs, doivent faire pressentir des différences inévitables entre les résultats de recherches faites avec le même soin et la même expérience par divers accoucheurs.

Il résulte évidemment de nos recherches, et d'ailleurs de toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, que les présentations de la tête, surtout quand elle est dans son état normal de flexion et dans une direction qui se rapproche, jusqu'à un certain point, de celle de l'axe du détroit supérieur, sont beaucoup plus souvent observées que les autres. Il n'entre ni dans nos intentions ni dans le plan de cet article de rechercher les causes de cette fréquence comparative; il nous importe seulement de constater le fait pour justifier l'ordre que nous allons suivre dans l'exposé du mécanisme de l'accouchement naturel. Nous ne pouvons toutefois nous empêcher de rappeler que cette situation de l'enfant, d'abord plus favorable que toute autre à la facilité de son expulsion, l'est beaucoup plus aussi à la conservation de sa vie pendant le travail dont il doit en partie supporter les efforts, et que c'est assez pour faire sentir que la nature a dû vouloir qu'il se présentât ainsi. Peut-être est-ce là que devraient s'arrêter les esprits qui répugnent à aller au-delà de ce qui est rigoureusement positif. La plupart des physiologistes et des accoucheurs n'ont pourtant pas cru qu'ils dussent se contenter de signaler cette cause éloignée, et, tout en reconnaissant dans les présentations de la tête la prévoyance de la nature, ils se sont appliqués à rechercher les moyens qu'elle a préparés, les instrumens dont elle s'est servie pour en assurer les effets. Chacun sait que cette question physiologique a reçu des solutions différentes, et, ailleurs (1), nous avons nous-même exprimé à cet égard une opinion fort éloignée de celle qui est aujourd'hui encore assez généralement admise. Les raisons sur lesquelles nous nous sommes fondés pour rejeter l'influence d'une cause purement physique (la prépondérance de pesanteur de la tête fœtale), et pour admettre, au contraire, une cause entièrement vitale, une action propre, irrésistible, irréfléchie, en un mot une détermination instinctive du fœtus; ces raisons ne nous semblent pas avoir été ébranlées par les objections peu solides que leur publication a soulevées. Nous restons bien convaincu qu'il ne leur a manqué, pour trouver un accès plus facile dans les esprits, qu'une plus complète intelligence de la nature intime des actes auxquels doit être réservée la dénomination d'instinctifs, actes que l'on confond trop souvent avec ceux de l'intelligence, et qui en diffèrent à ce point que l'on pourrait presque les considérer comme purement organiques, s'ils n'empruntaient pour leur accomplissement le secours d'organes ordinairement soumis à l'influence de la volonté. C'en est assez sur ce point, revenons à notre sujet.

Les présentations du sommet de la tête étant celles qui s'offrent le plus souvent à l'observation, c'est par elle que nous commencerons la description du mécanisme de l'accouchement naturel; nous l'étudierons ensuite dans les présentations de la face, puis dans celles de l'extrémité pelvienne; nous exposerons enfin les lois qui régissent encore l'expulsion spontanée du fœtus quand elle a lieu dans les présentations du tronc.

Si notre travail a le moindre mérite, ce mérite consiste dans l'exposé de quelques idées qui peuvent paraître nouvelles parmi nous. C'est assez dire qu'il ne saurait ressortir que par la comparaison établie entre les opinions que nous allons exposer et celles qui sont admises par la grande majorité des accoucheurs français. Il nous semble donc convenable, et d'ailleurs utile à l'intelligence de nos principes, de suivre la marche que nous avons adoptée dans notre premier article, en rappelant au lecteur les opinions professées aujourd'hui sur le point de la science qui va nous occuper. Suivant Baudelocque et la plupart des auteurs qui ont écrit après lui, la tête du fœtus, médiocrement fléchie au commencement du travail, exécute, en pénétrant dans le bassin, 1° un mouvement de flexion; 2° un mouvement de rotation; 3° un mouvement d'extension; 4° un mouvement de restitution, par lequel la tête, après avoir franchi la vulve, reprend avec le tronc ses rapports naturels. Le mouvement de flexion a pour résultat de rapprocher assez le menton de la poitrine pour que ce soient les diamètres perpendiculaire et transversal qui se trouvent seuls en rapport avec les diamètres horizontaux du bassin. Le mouvement de rotation s'exécute sur les parties du canal, auxquelles on a donné le nom de plans inclinés. Lorsque l'occiput s'est trouvé primitivement en rapport avec l'un des points de la moitié antérieure du bassin, le mouvement de rotation l'amène dans l'arcade des pubis; lorsqu'au contraire cette même partie de la tête s'est trouvée primitivement en rapport avec l'un des points de la moitié postérieure; le mouvement de rotation le conduit dans la courbure du sacrum; de sorte que, dans le premier cas, la région postérieure de l'enfant naissant se dirige et reste en avant, et dans le second, cette même région se dirige et reste en arrière jusqu'au moment de l'expulsion complète. Ce mouvement de rotation est exécuté par la tête seule; le tronc n'y participe nullement, et il conserve ses rapports primitifs avec l'utérus et le bassin.

Il résulte de l'accomplissement de ces lois, telles que les comprennent et les exposent la plupart des accoucheurs, que, dans les positions occipito antérieures,

(1) Mémoires de l'Académie royale de médecine.

l'occiput dirigé par le mouvement de rotation dans l'arcade des pubis, se dégage ensuite par un mouvement d'extension prompt et facile; et que dans les positions occipito-postérieures, au contraire, par cela même qu'elles ont pour conséquence nécessaire la rotation de l'occiput en arrière dans la courbure du sacrum, et qu'elles obligent cette région de la tête fœtale à parcourir, par un mouvement de flexion forcée, toute la paroi postérieure du bassin, l'accouchement est beaucoup plus long et plus pénible, et qu'il peut éprouver souvent des difficultés assez grandes pour exiger les secours de l'art. Solayres et Baudelocque avaient pourtant observé que, quand l'occiput est primitivement dirigé en arrière il arrive quelquefois qu'un mouvement de rotation en sens inverse de celui qu'ils avaient regardé comme le plus commun, le ramène d'arrière en avant dans l'arcade des pubis; mais ces cas étaient considérés par eux comme de réelles exceptions à la règle générale. Enfin, après la sortie de la tête, les épaules qui ont conservé leurs rapports primitifs avec le bassin subissent à leur tour l'influence des lois qui ont régi le passage de la tête. Le mouvement de rotation conduit au sommet de l'arcade des pubis; celle des deux épaules qui répond à l'un des points de la moitié antérieure du bassin, et dans la courbure du sacrum celle qui est dirigée obliquement en arrière.

Deux idées principales nous paraissent dominantes dans l'opinion de Baudelocque et des accoucheurs français, en général; c'est que la tête du fœtus doit se placer dans des conditions telles qu'elle n'offre que ses plus petits diamètres, et que ceux-ci soient parallèles aux plus grands du canal qui doit être parcouru; qu'ainsi elles franchissent le détroit supérieur dans la direction des diamètres obliques de cette ouverture et le détroit inférieur dans celle des diamètres antéro-postérieur et transverse. C'est, d'une autre part, qu'il est impossible à la tête du fœtus d'exécuter dans l'excavation pelvienne un mouvement de rotation dont l'étendue excède un quart de cercle, opinion qui se rattache sans doute à celle que le tronc, pressé par les contractions utérines, et en quelque sorte enchaîné par elles dans ses rapports primitifs avec le bassin, ne participe nullement aux mouvemens qui sont imprimés à la tête.

Nous verrons plus tard que ces idées, fort plausibles en apparence et fort admissibles en théorie, ne sauraient plus l'être, du moins dans la grande majorité des cas, après l'observation attentive des procédés naturels

Mécanisme de l'accouchement naturel dans les présentations du sommet.

1° *Position occipito-latérale gauche.* — Au moment où les premières contractions utérines se manifestent, les membranes étant encore intactes, la tête du fœtus est fléchie de manière que le menton repose presque sur la partie antérieure de la poitrine. Pour qu'il en soit ainsi, aucun effort de flexion n'est nécessaire, parce que le col du fœtus est très-court et la base de la mâchoire, par conséquent, très-rapprochée du thorax. Dans cet état, la tête fœtale tend à s'engager en présentant son diamètre occipito-frontal dans un sens et son diamètre transversal dans l'autre. La suture bipariétale, étendue de gauche à droite peut se trouver dans la direction de toutes les lignes imaginables qui se rendraient d'un point de la moitié latérale gauche au point diamétralement opposé de la moitié latérale droite. Cependant, dirigée presque toujours d'avant en arrière, et de gauche à droite, quelquefois d'un côté à l'autre suivant une ligne transversale, elle peut l'être encore, mais bien plus rarement, d'arrière en avant et de gauche à droite; dans tous les cas, elle occupe à peu près le centre du bassin.

La fontanelle postérieure et la fontanelle antérieure placées presque au même niveau, la première pourtant un peu plus bas que l'autre, sont situées, la fontanelle postérieure à gauche, la fontanelle antérieure à droite; la première presque toujours en avant, quelquefois directement de côté, très-rarement en arrière; la seconde presque toujours en arrière, quelquefois de côté, et fort rarement en avant; mais, dans tous les cas, l'une et l'autre à distance à peu près égale du contour du bassin. Ainsi placée, la tête du fœtus ne s'offre pas dans une direction exactement perpendiculaire au plan du détroit supérieur, mais, au contraire, dans une direction légèrement oblique; et telle est cette disposition de la tête que le pariétal droit qui est en avant se trouve évidemment plus bas que le pariétal gauche qui est en arrière; et que la bosse pariétale droite est déjà descendue dans l'excavation lorsque la bosse pariétale opposée est encore au niveau du bord du détroit abdominal en arrière; la suture bipariétale au lieu de se trouver sur le trajet de l'axe du détroit supérieur, est un peu plus en arrière que cet axe, et elle regarde la dernière ou l'avant-dernière pièce du sacrum. Cette inclinaison de la tête fœtale, portée au degré auquel nous venons de la supposer, doit être considérée comme une condition normale, et distinguée par cela même de l'inclinaison irrégulière, défectueuse, que nous avons mentionnée dans notre premier article; et sur laquelle nous reviendrons plus tard. Méconnue par Baudelocque et par la plupart des accoucheurs modernes, elle a été signalée d'abord, et avec beaucoup de raison, par le professeur Naégèle. Nous pensons, toutefois, que ce célèbre accoucheur a donné à cette obliquité de la tête fœtale plus d'importance qu'elle n'en a réellement, parce qu'il en a évidemment exagéré l'étendue. Il ne nous paraît pas, en effet, exact de dire que le pariétal qui est en avant puisse être considéré comme le point réellement le plus déclive de la tête et que la suture sagittale regarde la première ou la seconde pièce du sacrum (1). Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait ou que le tronc du fœtus fût presque horizontalement couché sur la paroi antérieure d'une matrice extrêmement oblique en avant, ou que la tête du fœtus fût très-notablement inclinée sur le tronc; si l'inclinaison

(1) Archives de médecine, Décembre 1833.

était ce que l'a supposée le professeur Naégèle, une des oreilles devrait se présenter constamment au vide du bassin et être reconnue par le toucher, et c'est ce qui n'arrive pourtant, chacun le sait, que dans les inclinaisons vicieuses que nous rappelions, il n'y a qu'un instant. L'inclinaison normale est telle, au contraire, que la suture sagittale reste toujours la partie la plus déclive de la tête, et que l'oreille qui est en avant se trouve, en très-petite partie, placée derrière la symphyse du pubis, et en plus grande partie au-dessus de cette symphyse. Il est très-vrai que quand on veut constater par le toucher la situation réelle de la tête du fœtus, celui des deux pariétaux qui se trouve en avant est la région de cette extrémité que le doigt atteint avec le plus de facilité, et qu'il heurte presque nécessairement de prime abord, avant de parvenir jusqu'à la suture bipariétale qui est beaucoup plus difficile à atteindre et semble dirigée assez fortement en arrière. Cependant, dans les conséquences que l'on peut tirer de cette observation, il faut bien se garder d'oublier que l'ouverture par laquelle nos explorations manuelles ont lieu, n'est pas placée dans une direction parallèle au plan de celle dans laquelle la tête du fœtus est engagée, mais dans une direction toute différente; qu'elle est en quelque sorte située sur la face antérieure du canal et que le doigt introduit au-dessous de la symphyse pubienne, c'est-à-dire par le point le plus élevé de cette ouverture presque antérieure, ne saurait facilement atteindre le corps volumineux qui s'engage dans le détroit abdominal que par la portion de ce corps qui est en contact avec la paroi antérieure du bassin. Il résulte de ce que nous avons dit que la tête du fœtus se présente modérément inclinée au détroit supérieur, et que si l'un des pariétaux semble être la partie la plus déclive, et si la suture sagittale semble assez fortement inclinée en arrière pour regarder la partie supérieure du sacrum, cela tient certainement à une erreur du toucher, laquelle dépend de la forme du canal et du non-parallélisme de ses ouvertures. Nous nous sommes assez expliqué sur la situation de la tête fœtale à l'égard du canal dans lequel elle s'engage, pour que chacun puisse voir clairement que la circonférence de la tête qui répond au contour du détroit abdominal peut être représentée par une ligne qui, passant sur les extrémités du diamètre occipito-frontal, laisserait bien au-dessous d'elle, en avant, la bosse pariétale droite, et passerait en arrière sur la bosse pariétale gauche, coupant ainsi fort irrégulièrement la voûte du crâne. Ce n'est donc pas précisément le diamètre bi-pariétal qui croise le bassin de gauche à droite, mais un diamètre étendu de la bosse pariétale gauche au bord inférieur du pariétal droit, près de la suture temporo-pariétale. Ajoutons que ce diamètre transversal de la tête ne se trouve pas non plus, comme on le dit à tort, dans la direction du diamètre oblique du bassin qui va de la cavité cotyloïde droite à la symphise sacro-iliaque gauche lorsque le diamètre occipito-frontal se trouve dans la direction du diamètre oblique du côté opposé; la forme de la tête ne se prête pas à ce qu'il en soit ainsi. Quand le diamètre occipito-frontal est parallèle à la direction du diamètre oblique qui va de gauche à droite, le diamètre transverse de la tête fœtale dont nous parlions tout à l'heure est étendu dans la direction d'une ligne qui se rendrait de la symphise sacro-iliaque gauche au milieu de la branche horizontale du pubis du côté droit. Tels sont les rapports de la tête du fœtus avec le bassin; on conçoit facilement ce que doivent être ceux du tronc. Dans tous les cas, la région dorsale du fœtus répond à la paroi latérale gauche, et la région abdominale à la paroi latérale droite de la matrice; le côté droit du fœtus est dirigé obliquement en avant, et le côté gauche obliquement en arrière. Il est presque inutile de dire que ces rapports doivent offrir les nuances nombreuses dont nous avons signalé la possibilité pour ceux de la tête avec le détroit supérieur. Nous terminerons par une dernière remarque, elle nous paraît d'une haute importance. Le soin que nous avons mis à exposer la situation du fœtus à l'égard du bassin a dû faire reconnaître qu'au moment où le travail commence, et nous ajouterons qu'avant même que le terme de la grossesse soit arrivé, lorsque la tête fœtale se présente dans les conditions que nous venons d'étudier, elle est en partie déjà engagée dans le bassin; une portion assez étendue de la voûte du crâne est descendue au-dessous du contour du détroit abdominal, fait saillie dans l'excavation et ferme en quelque sorte l'ouverture supérieure de la cavité pelvienne. Il résulte de là qu'elle doit être presque toujours facilement accessible au doigt; cet engagement de la tête, avant même que les contractions utérines aient pu le produire, est tellement la conséquence naturelle de sa présentation régulière et des rapports favorables de volume et de capacité qui existent entre cette région du fœtus et le bassin de la mère, qu'il y a lieu de soupçonner l'absence de quelques unes de ces conditions heureuses, ou même quelque autre présentation que celle de la tête, et par conséquent de se tenir en garde, lorsque la région du fœtus qui s'offre au détroit abdominal ne saurait être atteinte ou l'est difficilement par le toucher. Il est vrai que, dans un assez grand nombre de cas, la tête, inaccessible d'abord, descend ensuite quand les membranes sont rompues, et lorsqu'une partie des eaux de l'amnios est évacuée. Mais, comme il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, notre remarque n'en conserve pas moins une grande importance.

Tels sont fort exactement les rapports du fœtus avec le bassin et avec la cavité utérine au commencement du travail. Voyons, avant d'aller plus loin, ce que le toucher peut constater alors. Le doigt, porté jusqu'à l'orifice utérin, difficile à atteindre parce qu'il est très-incliné en arrière, sent, à travers cet orifice très-peu dilaté, une petite partie ronde et solide constituée par la région supérieure et postérieure des deux pariétaux, mais surtout du pariétal droit qui est en avant. Sur cette partie ronde et solide, le doigt distingue une ligne enfoncée: c'est la suture bi-pariétale qui croise ordinairement l'orifice d'avant en arrière et de gauche à droite.

Ce sont là les seuls caractères qu'il soit en général

possible de saisir dans l'aire étroite que circonscrit alors le contour de l'orifice. Cependant, si le doigt soulève le bord antérieur et latéral gauche de cette ouverture, il reconnaît la fontanelle occipitale, et une petite partie des deux branches de la suture lambdoïde; s'il soulève de même le bord postérieur et latéral gauche pour glisser entre les membranes et cette partie de l'orifice utérin, il atteint, mais plus difficilement, la grande fontanelle, qui est plus en arrière et plus élevée. La main, appliquée sur la paroi antérieure de l'abdomen, reconnaît, en général, avec facilité, le tronc du fœtus, mais sans en pouvoir apprécier les diverses parties; portée sur le fond de l'utérus, elle y sent l'extrémité pelvienne qui se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, et qui, par le volume et la résistance qu'elle offre à travers les parois abdominales et utérines, serait facilement prise pour la tête fœtale, s'il n'était souvent possible de distinguer, auprès de cette tumeur solide et arrondie, des parties ordinairement mobiles, lesquelles sont les extrémités abdominales.

Nous croyons avoir donné une idée assez exacte des conditions dans lesquelles le fœtus se trouve lorsque les premiers efforts expulsifs se manifestent, pour que sa marche et les modifications ultérieures que ses rapports doivent subir soient facilement compris.

Lorsqu'après la rupture des membranes, l'écoulement d'une partie des eaux de l'amnios et la dilatation de l'orifice utérin, les contractions de la matrice s'exercent plus directement sur le fœtus, les extrémités abdominales et thoraciques sont pressées contre le tronc; celui-ci se courbe sur sa région antérieure, et le menton se rapproche un peu de la partie supérieure de la poitrine; ces premières modifications sont très-évidentes quand la plus grande partie des eaux de l'amnios est évacuée; mais elles ne sont pas, en général, aussi prononcées, à beaucoup près, qu'on pouvait le croire; parce que, dans les présentations du sommet, il reste habituellement une assez grande quantité d'eau pour que la compression qu'éprouve le fœtus soit loin d'être immédiate; à ce premier effet des contractions utérines succède la série des changemens que ses rapports primitifs doivent éprouver.

Quand les lois s'accomplissent régulièrement, et nous supposerons qu'il en est ainsi, la tête du fœtus franchit le détroit supérieur et descend dans l'excavation. Le menton se rapproche encore davantage de la poitrine; la tête, inclinée latéralement comme nous l'avons vu, s'incline dans le sens opposé, ou plutôt se redresse. L'occiput glisse d'arrière en avant sur le plan latéral du bassin avec lequel il est en rapport, et se dirige dans l'arcade des pubis; plus tard, le menton s'éloigne graduellement du sternum, et la tête passe de l'état de flexion dans lequel elle était à un état d'extension plus ou moins prononcé. Les épaules, descendues dans une direction oblique ou transversale, se présentent ensuite à l'arcade pubienne et la franchissent. Le reste du tronc suit après cela sans difficulté. Tels sont les phénomènes qui appartiennent à l'expulsion du fœtus, et que nous allons successivement étudier.

La tête fœtale descend dans l'excavation pelvienne en glissant sur les parois du canal, dans les conditions que nous avons représentées par la dénomination de position occipito-latérale gauche; presque toujours l'occiput parcourt de haut en bas la fosse sous-pubienne interne et les parties molles qui la tapissent; le front descend au devant de la symphyse sacro-iliaque droite et de la grande échancrure ischiatique, comprimant ou effleurant dans ce trajet le bord interne du muscle psoas correspondant, le muscle pyramidal, les branches antérieures des nerfs sacrés, et surtout le faisceau qui résulte de leur réunion. Le pariétal gauche, qui est en arrière, passe à peu près au devant des mêmes parties du côté opposé, et de plus au devant du rectum, séparé toutefois de ces organes, en raison de la forme et de l'étendue des côtés de la tête, qui ne leur permet pas de pénétrer profondément dans cette partie du canal. Le pariétal droit, au contraire, glissant derrière la branche horizontale du pubis droit, y presse presque nécessairement, outre les parties que nous avons indiquées, le fond et le col de la vessie. Le mouvement de descente est à son terme quand le sommet est parvenu sur le plancher du bassin, reposant alors sur le muscle releveur de l'anus et une partie du rectum. L'étendue du trajet que la tête parcourt alors varie nécessairement en raison de son élévation primitive; mais on peut dire qu'en général il n'est pas aussi long qu'on pourrait l'imaginer; car il ne faut pas oublier que la tête était déjà saillante dans l'excavation avant même l'apparition des premières douleurs, et nous ajouterons même qu'il est quelques femmes chez lesquelles elle est tellement descendue au terme de la gestation, que le trajet, du point qu'elle occupe jusqu'au plancher du bassin, est fort court.

Nous avons dit que la tête était assez modérément fléchie au moment où le travail commence, pour que la suture bi-pariétale fût à peu près parallèle au plan du détroit supérieur, et pour que les deux fontanelles principales fussent presque placées de niveau. Il n'en est plus de même quand la tête du fœtus est parvenue au fond de l'excavation pelvienne, en raison, sans doute, des résistances qu'elle a éprouvées en parcourant les parois du bassin; en raison sans doute aussi de la direction des puissances auxquelles elle a dû obéir, et surtout de la forme de l'orifice utérin et des difficultés qu'il lui a opposées; elle s'est fléchie, c'est-à-dire, qu'elle s'est placée dans des conditions plus favorables à son passage. La suture bi-pariétale est devenue fort oblique d'avant en arrière, et de bas en haut. La fontanelle occipitale s'est abaissée et est devenue fort accessible au doigt; la fontanelle frontale s'est élevée, au contraire, et ne peut être que très-difficilement atteinte; le menton est fortement appuyé contre la poitrine; le diamètre occipito-frontal, précédemment parallèle à l'un des diamètres horizontaux du bassin, et qui croisait à peu près à angle droit l'axe du détroit supérieur, s'est incliné par l'abaissement de l'une de ses extrémités et par l'élévation de l'autre, et il forme à présent, avec l'axe précédent, un angle assez aigu. La circonférence de la tête, qui se trouve dans ce moment

en rapport avec les diamètres horizontaux du bassin, peut être représentée par une ligne qui, passant en arrière sur la bosse pariétale gauche, laissant un peu au dessous d'elle, en avant, la bosse pariétale droite, passerait à gauche sur la tubérosité occipitale, et croiserait la suture sagittale au milieu de l'espace compris entre les bosses coronales et la fontanelle antérieure.

Le mouvement de flexion que nous venons d'étudier n'est pas à beaucoup près également remarquable dans tous les cas. Nous devons même dire qu'il l'est fort peu dans un très-grand nombre; mais il devient très-prononcé lorsque l'occiput est primitivement placé en arrière, et y reste jusqu'à ce que le mouvement de descente soit complétement achevé.

La tête ne s'est pas présentée au détroit supérieur, et ne s'y est pas engagée, de manière à ce que son diamètre perpendiculaire fût parallèle à l'axe de cette ouverture; elle était, au contraire, légèrement inclinée; cette inclinaison se corrige à mesure que la tête pénètre dans l'excavation; et quand elle repose sur le fond du bassin, et surtout lorsque, sous l'influence de quelques contractions utérines elle a pressé sur le périnée, l'inclinaison primitive a disparu, les bosses pariétales se trouvent au même niveau. Nous n'avons pas remarqué, comme l'assure M. Stoltz, que, quand la tête commence à descendre dans l'excavation, son inclinaison primitive s'accroisse d'abord, pour se corriger ensuite. Il nous a semblé, au contraire, que le redressement dont nous parlons se fait par une gradation non interrompue et très-régulière, à partir de l'instant même où, pressée par les contractions utérines, la tête fœtale franchit le détroit supérieur.

Dans la position occipito-latérale gauche qui nous occupe, la région occipitale est ordinairement en rapport avec la partie antérieure et latérale gauche du bassin; nous rappellerons encore qu'elle peut l'être aussi, quoique plus rarement, avec tous les points possibles de la moitié latérale gauche de ce canal, depuis le sacrum jusqu'au pubis. Quelle qu'ait été sa situation primitive, antérieure, latérale ou postérieure, toujours est-il qu'au moment où la tête est arrivée au terme de son mouvement de progression de haut en bas, et lorsque surtout elle a commencé à distendre le périnée, cette fontanelle est souvent placée derrière la branche ischio-pubienne gauche, ou en un point beaucoup plus rapproché de la commissure inférieure de la vulve, et par conséquent de la ligne médiane antéro-postérieure du périnée.

Pour arriver en ce lieu, des différens points de départ que nous avons supposés, il est de toute évidence que la tête a dû exécuter un mouvement de rotation autour de son axe perpendiculaire, ou de celui qui le représente, quand elle est fléchie. Ce mouvement de rotation a dû être d'autant moins étendu, que l'occiput était primitivement moins loin de la symphyse pubienne, et c'est, en effet, ce qui a presque toujours lieu; d'autant plus étendu, au contraire, qu'il était primitivement plus rapproché du sacrum. Si l'on suppose une infinité de lignes partant de tous les points possibles de la demi-circonférence gauche du détroit abdominal, et convergeant vers la ligne médiane du périnée, au-dessous de la commissure inférieure de la vulve, on aura une idée de toutes les directions que la tête peut suivre pour exécuter le mouvement de rotation dont nous venons de parler.

Dans le trajet que la tête fœtale a parcouru jusqu'à ce moment, elle n'a pénétré encore que dans la partie du canal qui était facilement perméable, dans une cavité toute faite, et en quelque sorte prête à la recevoir sans de grandes difficultés, si l'on fait abstraction, du moins, de celles qui ont pu résulter de la résistance de l'orifice utérin. Mais, au point où nous l'avons conduite, il est clair qu'elle ne peut sortir de la cavité dans laquelle elle est engagée qu'en se frayant un passage à travers l'ouverture, comparativement très-étroite, que lui offre la vulve, en transformant la cavité pelvienne en un canal perméable. Dès ce moment, tous les efforts utérins tendent à ce résultat. Poussé par des contractions énergiques, le sommet de la tête fœtale déprime les parois molles sur lesquelles il repose; il les distend par degrés, et parvient à convertir le plancher du bassin en une gouttière profonde, en une portion de canal qui prolonge, en avant et en bas, la paroi postérieure formée par le sacrum, le coccyx et les ligamens sacro-sciatiques.

Durant les efforts d'impulsion nécessaires pour produire ce résultat, on voit s'accomplir la dernière partie du mouvement de rotation dont nous avons précédemment parlé; l'occiput s'engage dans l'arcade des pubis, et la nuque se place sous le sommet de cette arcade. Quand les choses en sont arrivées à ce point, le tronc du fœtus se courbe sur son plan postérieur, de même que le ferait une tige flexible qui serait poussée dans un canal demi-circulaire. Comme conséquence et comme aide de cette inflexion du tronc fœtal, l'espèce de brisure que la jonction de la tête avec la poitrine laisse entre la base de la mâchoire et le sternum, s'ouvre, quand le menton s'écarte de la partie supérieure du thorax. C'est ainsi que s'exécute le mouvement d'extension.

A mesure que cette inflexion s'opère, l'occiput se relève sur la région antérieure des pubis; la fontanelle occipitale semble parcourir de bas en haut toute la hauteur de la vulve, jusqu'à ce qu'elle soit en quelque sorte cachée sous la commissure supérieure de cette ouverture; le sommet parcourt d'arrière en avant la paroi postérieure du bassin, depuis l'extrémité inférieure du sacrum et le grand ligament sacro-sciatique droit, jusqu'à la commissure antérieure du périnée, et l'on voit se dégager sur le bord antérieur de celui-ci la suture bi-pariétale, la grande fontanelle, les bosses coronales, le nez, la bouche et le menton: la tête a franchi les parties génitales. Là se termine la série des mouvemens que nous voulions étudier. Il nous importe toutefois de ne pas abandonner ce sujet sans faire remarquer que, bien que nous ayons exposé successivement les caractères de ces mouvemens divers, il y a pour-

tant à peine une succession réelle dans leur accomplissement.

Quand, en effet, la tête descend dans l'excavation pelvienne, elle se fléchit : pendant qu'elle se fléchit, elle se redresse ; pendant qu'elle se redresse, elle exécute son mouvement de rotation ; plus tard, pendant qu'elle se porte encore en avant, en distendant le périnée, elle subit le mouvement d'extension ; et, pendant l'accomplissement de ce dernier, le mouvement de rotation se continue encore et se complète. On voit donc que la marche de la tête à travers le bassin est un phénomène très-complexe, et résulte d'un mouvement très-composé.

Lorsque la tête fœtale a franchi la vulve, elle conserve, en général, pendant quelques instans, la situation dans laquelle elle se trouvait en la franchissant. Si le dégagement a été direct, l'occiput est tourné en haut, la face en bas, le menton recouvrant presque l'anus. L'occiput est incliné, au contraire, vers l'aine gauche, et la face vers la partie postérieure de la cuisse droite, si le dégagement s'est fait dans cette direction oblique. Cependant, après quelques instans de calme, de nouvelles contractions se manifestent, et l'on voit l'occiput se diriger presque vers la partie interne de la cuisse gauche, et la face vers la même région de la cuisse opposée ; mais ce mouvement ne saurait être considéré que comme la conséquence de celui qui est imprimé au tronc encore contenu dans l'excavation pelvienne et que nous allons actuellement étudier.

Dans la position occipito-latérale gauche, les épaules se présentent presque toujours au détroit abdominal dans la direction du diamètre oblique étendu de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche ; nous savons toutefois que, si la tête est transversale, elles sont à peu près situées dans le sens du diamètre sacro-pubien, et que, si l'occiput est primitivement en arrière, elles occupent le diamètre oblique qui s'étend de la cavité cotyloïde gauche à la symphyse sacro-iliaque droite.

Quelle qu'ait été leur situation primitive, quand l'occiput est parvenu dans l'arcade des pubis, et que le mouvement de rotation a presque, ou même tout à fait placé la suture sagittale dans une direction antéro-postérieure, les épaules, obéissant à la même impulsion, sont devenues à peu près transversales, d'obliques ou directes qu'elles étaient précédemment ; l'épaule droite occupe le côté droit et l'épaule gauche le côté gauche du bassin ; la première, placée toutefois sur un plan un peu plus antérieur que l'autre. Lorsque la tête a franchi la vulve, le tronc exécute à son tour un mouvement de rotation en sens inverse de celui qu'a exécuté la tête ; l'épaule droite, revenant en quelque sorte sur ses pas, se rapproche du sommet de l'arcade pubienne, et l'épaule gauche se dirige, par un mouvement opposé, dans la concavité du périnée, de manière pourtant que le diamètre qui va d'une épaule à l'autre conserve encore une légère obliquité. C'est ce mouvement imprimé au tronc dans la cavité pelvienne qui détermine celui que la tête exécute hors des parties génitales externes, et que nous appelions tout à l'heure, mouvement désigné par presque tous les accoucheurs par le nom de *mouvement de restitution*, parce que, admettant que les épaules ne participent pas à la rotation de la tête, ils supposent qu'une fois sortie, elle doit reprendre ses rapports primitifs avec le tronc.

L'épaule droite, qui s'est placée en avant et en haut, se dégage ordinairement la première sous la branche ischio-pubienne droite, très-près du sommet de l'arcade des pubis qu'elle couvre en partie, et l'autre se dégage ensuite, sur le bord antérieur et latéral gauche du périnée : nous avons vu quelquefois le contraire mais nous ne pensons pas que ce soit la règle.

Pendant que les épaules se dégagent ainsi, le tronc subit une inflexion sur sa région latérale droite, inflexion par laquelle il se prête à la courbure du canal dans lequel il est engagé. Si l'expulsion des autres parties est abandonnée encore aux contractions utérines, il arrive souvent que le tronc, décrivant une spirale très-allongée, la région dorsale de l'enfant soit dirigée en bas et en arrière au moment où cette expulsion se complète.

2° *Position occipito-latérale droite.* Les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement au mécanisme de l'accouchement naturel dans la position occipito-latérale gauche et surtout la régularité presque constante des lois qui président à l'expulsion du fœtus, nous dispensent d'insister sur le mécanisme de l'accouchement, dans la position occipito-latérale droite. Il y a une telle similarité de phénomènes dans ces deux conditions que nous tomberions inévitablement dans des répétitions inutiles et fatigantes. Il nous suffira de dire que si, par la pensée, on place à droite l'occiput et le dos qui étaient précédemment à gauche, et en avant le pariétal et le côté gauches qui étaient en arrière ; la situation du fœtus à l'égard du bassin est, à cette transposition près, exactement la même. Remarquons toutefois que, dans la position occipito-latérale gauche, l'occiput était presque toujours dirigé obliquement vers la région latérale et antérieure ; tandis que dans la position qui nous occupe actuellement, il est le plus souvent dirigé obliquement vers la région latérale et postérieure. Il résulte de cette différence que le mouvement de flexion est ordinairement plus prononcé quand la tête descend dans l'excavation et que le mouvement de rotation qui, dans ce cas, porte l'occiput de droite à gauche et d'arrière en avant, tandis que dans la position précédente il avait lieu de gauche à droite ; ce mouvement est en général beaucoup plus étendu, la région occipitale du fœtus étant primitivement beaucoup plus éloignée de l'arcade des pubis ; d'ailleurs, les mouvemens de progression, de redressement et d'extension, s'accomplissent de la même manière. Dans la position précédente, c'est l'épaule droite qui est venue se présenter et se dégager la première au sommet de l'arcade des pubis ; dans la position actuelle c'est l'épaule gauche qui se présente et se dégage ainsi. Nous n'avons pas remarqué que la présence du rectum retardât dans cette position plus que dans l'autre le mouvement de rotation de la tête, et créât par consé-

quent des difficultés. Si, cependant, on en observe un peu plus souvent que dans la position latérale gauche, elles dépendent probablement de la situation plus fréquente de l'occiput en arrière et du trajet plus long qu'il doit parcourir pour arriver jusqu'à l'arcade pubienne.

Nous n'avons pas voulu interrompre la description des divers actes dont se compose le mécanisme de l'accouchement naturel dans les présentations du sommet, par l'exposé des détails de quelques uns de ces actes et des variétés nombreuses que chacun d'eux peut offrir dans son accomplissement ; nous avons choisi parmi les nuances que ces phénomènes peuvent présenter, celles qui nous ont semblé les plus ordinaires et les plus propres à caractériser le modèle que nous nous proposions d'offrir à l'attention du lecteur, mais il nous importe à présent de remplir la lacune volontaire que nous avons laissée, et de donner à notre description un complément indispensable.

Nous avons dit que la tête fœtale se fléchit en descendant dans l'excavation du bassin, et que cette flexion est en général modérée. Cette proposition, vraie dans la plupart des cas, exige cependant quelque restriction. Il n'est pas rare, en effet, que le menton au lieu de se rapprocher de la poitrine s'en éloigne au contraire, que la tête se défléchisse par conséquent et que la fontanelle antérieure se rapproche par degrés du centre du bassin. Cette anomalie est ordinairement passagère, et dès que la tête, parvenue au fond de la cavité pelvienne, presse sur les muscles du périnée, l'occiput s'abaisse, le front se relève et la flexion s'opère. Nous avons toujours vu les efforts naturels suffire à cette rectification.

Dans quelques cas plus rares, et qui sont le contraire des précédens, soit que la flexion de la tête ait dépassé ses limites ordinaires, soit que le tronc du fœtus soit renversé sur sa région postérieure, la fontanelle occipitale occupe le centre du bassin, et plus tard elle atteint la première le plancher de ce canal. Mais la résistance qu'elle y éprouve la ramène graduellement à sa situation régulière.

Parmi les divers mouvemens que nous avons étudiés, il n'en est aucun qui soit plus digne d'attention que celui qui conduit définitivement l'occiput dans l'arcade des pubis de quelque point du canal qu'il soit d'ailleurs parti, et qui ramène ainsi la région postérieure du fœtus vers le plan antérieur du bassin. Quand nous avons supposé des lignes, partant de tous les points de chaque moitié latérale du détroit abdominal, et convergeant les unes vers les autres pour se terminer sur la ligne moyenne du périné au-dessous de la commissure inférieure de la vulve, nous avons voulu donner une idée générale de l'étendue du trajet que l'occiput peut parcourir, mais non pas une indication rigoureuse de la direction dans laquelle il est parcouru. En effet, si chaque ligne que nous avons supposée représentait exactement un des trajets que l'occiput doit suivre, il faudrait que le mouvement de rotation commençât au moment où cette partie de la tête quitte le détroit abdominal ; c'est bien, aussi, ce que l'on peut observer quelquefois, mais non pas, ce nous semble, dans la plupart des cas. Ordinairement, au contraire, la tête fœtale descend dans l'excavation en conservant ses rapports primitifs avec les diamètres du bassin, et l'occiput ne commence à se diriger vers la ligne moyenne du périnée ou de la vulve que quand il a presque atteint le fond de la cavité pelvienne, et souvent quand il repose et presse déjà sur cette partie. Il n'est même pas rare de voir l'occiput placé primitivement en arrière, conserver cette situation jusqu'à l'instant où la distension violente du périnée annonce l'expulsion prochaine de la tête, et celle-ci exécuter brusquement son mouvement de rotation, lorsqu'on avait pu presque renoncer à l'espérance de le voir se réaliser. Les lignes qui doivent représenter la direction réelle suivie par la tête fœtale quand elle roule sur son axe dans l'excavation pelvienne sont donc beaucoup plus rapprochées de la ligne horizontale que nous ne l'avions exprimé d'abord.

Une autre circonstance mérite encore une sérieuse attention. Pour faire bien comprendre l'étendue normale du mouvement de rotation, nous n'avons supposé l'entier accomplissement de ce phénomène que quand l'occiput, étant placé dans l'arcade des pubis, la suture sagittale, quelle qu'ait été d'ailleurs sa direction primitive, est devenue parallèle à la ligne médiane du périnée ; il s'en faut de beaucoup, cependant, que cette dernière condition soit constamment remplie ; il arrive souvent, par exemple, que la fontanelle occipitale dépasse à peine la branche ischio-pubienne, que la suture sagittale, par conséquent, croise obliquement encore la ligne vulvo-coccygienne, et que la tête franchisse les parties génitales externes dans cette direction oblique. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares il est vrai, la tête reste transversale et franchit dans cette situation le périnée et la vulve.

D'autres fois, enfin, et ces cas sont beaucoup plus communs que le dernier, l'occiput primitivement oblique en arrière conserve cette direction ; poussé par des contractions utérines énergiques, il suit la paroi postérieure et latérale du bassin, la fontanelle occipitale parcourant le trajet d'une ligne qui, descendue de la symphyse sacro-iliaque gauche jusqu'au plancher de l'excavation pelvienne, se dirigerait sur celui-ci d'arrière en avant et franchirait l'arcade des pubis au tiers inférieur de la branche ischio-pubienne.

Dans cette variété du mécanisme de l'accouchement naturel, la tête fœtale ne saurait traverser le bassin qu'à la faveur d'un mouvement de flexion très-prononcé sur la partie antérieure de la poitrine. L'occiput arrive donc à la partie inférieure de la vulve, la nuque s'applique bientôt après sur le bord antérieur du périnée et la tête se renversant en bas et en arrière, l'on voit se dégager successivement au sommet de l'arcade pubienne la fontanelle antérieure, les bosses coronales, les yeux, le nez, la bouche et le menton. Quand la tête a franchi les parties génitales externes, l'occiput dirigé en bas et en arrière regarde la région postérieure et interne de l'une des cuisses de la mère, la face tournée en haut est dirigée vers l'aine du côté opposé.

Bientôt après, sous l'influence de contractions nouvelles, l'épaule qui répond en avant se rapproche du sommet de l'arcade des pubis, tandis que celle qui est en arrière se dirige vers la face concave du périnée. La première paraît d'abord sous la branche ischio-pubienne gauche et presque au dessous de la symphyse des pubis, l'autre se dégage ensuite sur la commissure antérieure du périnée; le reste du tronc est expulsé sans difficulté. C'est dans ces cas que l'on a attribué à la tête un mouvement de rotation en sens inverse de celui que nous avons décrit, et qui dirigerait l'occiput dans la courbure du sacrum. Le professeur Naegèle a le premier contesté la réalité de ce mouvement de rotation et enseigné que dans les cas où la tête conserve accidentellement sa position occipito-postérieure, elle garde aussi sa direction oblique jusqu'au moment où elle franchit les parties génitales. Nos observations sont tout à fait d'accord avec celles de M. Naegèle; nous avons cependant remarqué dans plusieurs circonstances, qu'au moment où la tête va franchir les parties génitales externes, l'occiput se porte directement en arrière, et la tête se place ainsi dans les conditions que sollicite la forme verticalement allongée de la vulve.

On comprend sans peine les difficultés que cette anomalie, dans la marche de la tête fœtale, peut apporter à l'accouchement. Quand l'occiput est primitivement en rapport avec le plan antérieur du bassin, ou lorsque, primitivement en arrière, il est ramené en avant par le mouvement de rotation, et s'engage dans l'arcade des pubis, la tige flexible que le fœtus représente se trouve alors dans les conditions les plus favorables pour se prêter à la courbure du canal qu'elle doit parcourir. L'espace compris entre la fontanelle occipitale et la partie postérieure de l'articulation occipito-atloïdienne, espace fort court, est le plus long segment de cette tige qui soit inflexible; et remarquez que par sa situation sur le plan antérieur elle échappe presque à la courbure du canal. Et, quant à la portion restante, depuis l'articulation occipito-atloïdienne jusqu'au sacrum, les articulations, par conséquent les moyens de flexibilité, s'y succèdent à des distances très-rapprochées.

Lorsque l'occiput conserve au contraire ses rapports avec la paroi postérieure du bassin et la parcourt ainsi jusqu'à la vulve, tout l'espace compris entre la fontanelle postérieure et les premières vertèbres dorsales, c'est-à-dire toute la longueur du diamètre occipito-mentonnier, dont une partie couvre la région antérieure de la colonne cervicale, tout cet espace peut être considéré comme inflexible; il représente donc une tige droite, solide et volumineuse, engagée dans un canal courbe, et qui ne peut le traverser qu'en faisant contre les parois un effort qui tend à en modifier la forme et à le redresser. On doit concevoir que le périnée soit plus distendu et plus exposé à se rompre dans ce cas que dans les conditions précédentes, et que la résistance opposée par le canal ait plus souvent aussi une énergie supérieure à celle des contractions qui devraient la vaincre. C'est à ces raisons, bien plus qu'au défaut d'analogie entre la forme du front et celle de l'arcade pubienne, ou même à la longueur du trajet que doit parcourir l'occiput, qu'il faut attribuer les difficultés du travail dans les positions occipito-postérieures, lorsque le mouvement des rotation ne s'est pas exécuté.

Il s'en faut de beaucoup cependant que l'expulsion naturelle du fœtus ne soit possible alors, comme l'a prétendu M. Capuron, que quand l'enfant est moins volumineux ou le bassin plus grand que dans l'état normal. Aux preuves que la science possède déjà, nous pouvons ajouter les suivantes. M. Villeneuve, professeur d'accouchement à l'hospice de la Maternité de Marseille, a vu sur 648 accouchemens 15 enfans naître en position occipito-postérieure, dans 3 de ces cas seulement il eut recours à l'application du forceps, encore pense-t-il que chez deux des sujets de ces dernières observations, la mauvaise conformation du bassin fut la cause réelle des difficultés. Dans les cas où l'accouchement s'est terminé spontanément, les bassins et les fœtus mesurés avec soin n'ont nullement présenté les conditions que M. Capuron croit nécessaires.

Sur les 2,020 accouchemens qui nous ont servi de termes de comparaison, on a vu que nous avions reconnu 503 positions occipito-postérieures au début du travail; sur ce nombre, 39 fois l'occiput s'est maintenu jusqu'à son expulsion dans ses rapports primitifs; 7 fois sur ces 39 cas, nous avons jugé l'application du forceps nécessaire; dans les 42 autres, l'accouchement s'est terminé spontanément. Parmi les 32 enfans qui sont nés dans ces conditions, 2 étaient jumeaux, et 3 n'étaient pas parvenus au terme de leur développement. Les autres, ainsi que le bassin de leurs mères offraient des dimensions normales. — Nous ajouterons quelques mots encore à l'exposé de ce mécanisme; c'est par un mouvement de flexion forcée que la tête fœtale parvient à franchir le détroit inférieur, le périnée et la vulve; il n'est pourtant pas rare dans ces cas que la tête se défléchisse en partie quand elle descend dans l'excavation pelvienne et que le front se place au sommet de l'arcade des pubis une des bosses coronales répondant au vide de cette arcade et de la vulve. On voit ces rapports persister quelquefois jusqu'au moment où la tête franchit les parties génitales externes; mais, en général, à mesure que l'occiput se rapproche de la commissure antérieure du périnée, le front remonte et disparaît derrière le corps des pubis; la fontanelle antérieure elle-même que l'on sentait très-facilement à la partie supérieure de la vulve, remonte par degrés et disparaît également.

Nous venons de faire voir comment il arrive parfois que le mouvement de rotation est nul, ou seulement incomplet, disons quelques mots d'une anomalie qui est précisément l'inverse de celle-là; elle consiste en ce que le mouvement de rotation dépasse ses limites ordinaires, et transporte la fontanelle occipitale d'un côté à l'autre de l'excavation pelvienne, convertissant ainsi une position occipito-latérale droite ou gauche en celle du côté opposé.

Les premières fois que ce phénomène s'offrit à notre observation, nous crûmes avoir commis une erreur de diagnostic; mais depuis nous avons pu nous convaincre

assez souvent de sa réalité. Une tumeur développée sur la région postérieure des deux pariétaux successivement, et dont les traces restaient évidemment après la naissance, n'ont pu, dans plusieurs circonstances, nous permettre de douter qu'ils ne se fussent l'un et l'autre présentés et arrêtés quelque temps au vide de l'arcade des pubis.

Nous terminerons ce que nous avions à dire du mouvement de rotation de la tête par quelques mots encore. On a beaucoup recherché la cause de ce phénomène, et presque tous les accoucheurs français en attribuent la production à l'influence de ce qu'ils ont appelé les plans inclinés antérieurs et postérieurs du bassin, les premiers devant conduire dans l'arcade des pubis, et les seconds dans la courbure du sacrum celle des deux extrémités de la tête qui se trouve en rapport avec leur surface. Desormeaux a déjà fait remarquer que cette rotation s'accomplit souvent lorsque la tête est descendue au dessous des plans inclinés; si l'on ajoute à cette première et solide objection que dans les positions occipito-postérieures, l'occiput en rapport avec l'un des plans inclinés postérieurs, et le front avec l'un des plans inclinés antérieurs loin de se rendre, le premier dans la courbure du sacrum, le second dans l'arcade des pubis, suivent en général une direction précisément inverse, puisque l'occiput se porte en avant et le front en arrière; et que, dans les cas rares où la tête n'obéit pas à cette impulsion naturelle, les plans inclinés ne lui impriment même pas alors la direction qu'on a supposée, puisque la tête conserve sa direction oblique jusqu'au moment presque de son expulsion. Il est évident que la cause du mouvement de rotation doit être recherchée ailleurs que dans la direction des plans inclinés du bassin. Cette cause réside évidemment dans la combinaison d'un assez grand nombre d'élémens, savoir: d'une part le volume, la forme et la mobilité des parties qui sont expulsées, et d'autre part la capacité, la forme et la résistance du canal qui est parcouru. Et telle est l'influence de cette combinaison que les parties du fœtus se placent dans les conditions les plus favorables à leur passage. Une vive résistance leur est-elle opposée en un point, elles s'y soustraient et cherchent un lieu où il y ait plus de place et de liberté; la mobilité des parties qui traversent, l'extrême lubrification de celles qui sont parcourues, rend tout cela très-simple et très-intelligible. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait remarqué que dans les bassins dont le diamètre sacro-pubien est raccourci, la tête du fœtus, si elle était oblique au commencement du travail, se place constamment ensuite dans une direction transversale, c'est-à-dire dans celle dans laquelle elle offre au diamètre vicié les moindres dimensions possibles. Eh bien! ce fait n'est autre chose qu'une conséquence très-simple des mêmes causes dont le mouvement de rotation, quand il est très-étendu, est une conséquence plus compliquée.

Si l'on pouvait conserver quelques doutes sur l'influence des causes dont nous venons de parler, les expériences suivantes les dissiperaient complétement. A l'époque où nous nous occupions de ce point particulier du mécanisme de l'accouchement naturel, une femme succomba à l'hospice de la Maternité presque aussitôt après être accouchée; la parturition avait été compliquée d'hémorrhagie; l'enfant était mort avant de naître, il n'était pas tout à fait parvenu au terme ordinaire de son développement. Nous profitâmes de cette occasion malheureuse pour tenter de produire artificiellement quelques uns des phénomènes de l'accouchement naturel, et surtout le mouvement de rotation. L'utérus, resté volumineux et flasque, fut largement ouvert jusqu'auprès de l'orifice, et convenablement maintenu par des aides au-dessus du détroit supérieur; le fœtus même dont cette femme était accouchée, fut placé à l'orifice utérin très-béant et très-mol, dans une présentation du sommet de la tête et dans les conditions de la quatrième position de Baudelocque, troisième de M. Capuron (fronto-cotyloïdienne gauche). L'occiput répondait par conséquent au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; plusieurs élèves sage-femmes, comprimant et poussant le fœtus de haut en bas le firent pénétrer sans peine dans l'excavation du bassin: il fallut beaucoup plus d'efforts pour que la tête parcourût le périnée et franchît la vulve; mais ce ne fut pas sans surprise que nous vîmes pendant trois essais successifs, que quand la tête traversait les voies génitales externes, l'occiput était revenu en avant et à droite, et que la face s'était portée en arrière et à gauche; qu'en un mot le mouvement de rotation s'était opéré comme dans l'accouchement naturel. Nous répétâmes une quatrième fois la même expérience, mais cette fois la tête franchit la vulve sans que ses rapports eussent changé, l'occiput était resté en arrière et la face en avant; d'autres essais eurent encore le même résultat. Nous prîmes alors un fœtus né mort de la veille, mais beaucoup plus volumineux que le précédent, nous le plaçâmes dans les mêmes conditions que le premier, et deux fois de suite la tête franchit la vulve après avoir exécuté le mouvement de rotation. Au troisième essai et aux suivans elle se dégagea sans qu'il eût été exécuté; ainsi le mouvement de rotation n'a cessé d'avoir lieu que quand le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui du moins en provoquait l'accomplissement. Ces expériences ont cela de curieux qu'elles sont tout à fait d'accord avec les phénomènes observés sur la nature vivante. On voit, en effet, le mouvement de rotation se prononcer d'autant plus que les voies génitales sont plus résistantes et d'autant moins, au contraire, que leur résistance est moindre. Ainsi la rotation et presque toujours complète chez les primipares, très-souvent incomplète chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, souvent nulle, enfin dans les accouchemens de jumeaux, pour le second enfant, surtout lorsqu'il est plus petit que le premier, et qu'il naît presque immédiatement après lui.

Lorsque nous avons parlé des mouvemens qui sont imprimés au tronc du fœtus pendant le travail, on a pu voir que ces mouvemens résultaient de deux impulsions différentes. Par l'une le tronc suit les mouvemens qu'exécute la tête, phénomène méconnu par tous les accou-

cheurs, et signalé avec beaucoup de raison par M. Gerdy; par l'autre le tronc, après l'expulsion de la tête, subit comme elle dans ses relations avec le bassin les changemens qui doivent rendre son passage plus facile. Il est sous ce double rapport quelques anomalies remarquables. Par l'effet de causes que nous ne saurions expliquer, il arrive quelquefois que le tronc ne suit pas les mouvemens imprimés à la tête, et que l'occiput se dirigeant en avant dans une position fronto-cotyloïdienne, les épaules conservent la situation qu'elles ont eue au commencement du travail. Un fait de ce genre s'est offert à notre observation dans le cours de l'été dernier; un autre s'était présenté quelque temps avant à madame Legrand, sage-femme en chef à l'hospice de la Maternité. Dans les deux cas l'application du forceps fut nécessaire; cette opération fut faite dans le premier, en notre présence même, par une aide sage-femme aussi adroite qu'instruite (1). La tête ne put être dégagée que dans une direction oblique, mais nous ne saurions dire quel fut notre saisissement quand nous vîmes, au moment où le tronc, cédant à quelques efforts, se présenta à la vulve, que l'occiput était presque en rapport avec la région sternale et la face avec la région dorsale du fœtus. Celui-ci, né faible, fut promptement ranimé, et il avait le lendemain de sa naissance les mêmes apparences de viabilité, de santé et de force que s'il était né dans des conditions très-ordinaires. Il succomba pourtant le huitième jour, mais à une affection éruptive qui régnait épidémiquement dans les salles de l'hospice. Nous l'examinâmes avec une attention scrupuleuse et nous ne trouvâmes dans les parties qui avaient subi cette torsion inaccoutumée aucune trace de lésions. Les articulations de la tête avec la colonne vertébrale, celles des vertèbres cervicales entre elles et la moelle épinière dans cette région, nous offrirent tous les caractères de l'état normal. Dans le second cas, l'enfant succomba à la longueur et aux difficultés du travail, ainsi qu'à des lésions graves auxquelles le fœtus précédent n'avait échappé que grâces sans doute à une extensibilité extraordinaire des parties; mais ce dernier fait se rattachant aux présentations de la face, nous en parlerons dans un autre article.

Le mouvement de rotation que les épaules exécutent après la sortie du tronc peut offrir aussi deux anomalies opposées. Tantôt il ne s'accomplit pas et les épaules devenues transversales se présentent dans cette direction au détroit inférieur qu'elles franchissent ordinairement, quand elles offrent peu de volume, mais dans le contour duquel il leur arrive quelquefois de s'arrêter; tantôt, au contraire, le même mouvement qui a rendu les épaules transversales avant la sortie de la tête se continue dans le même sens après l'expulsion de celle-ci, de telle sorte que l'épaule qui était primitivement antérieure, la droite dans la position occipito-latérale gauche, la gauche dans la position occipito-latérale droite, au lieu de rétrograder vers l'arcade des pubis, comme cela arrive en général, cette épaule se porte en arrière. Dans ce cas, c'est l'épaule primitivement postérieure qui vient occuper le sommet de l'arcade pubienne et se dégage la première. Des faits de ce genre ont été notés par presque tous les accoucheurs.

Il nous semble que de tout ce qui précède on peut conclure :

1° Que, dans les positions occipito-latérales gauches, l'occiput est presque toujours dirigé obliquement en avant, et que, dans les positions occipito-latérales droites, il est plus souvent dirigé obliquement en arrière;

2° Que la tête est presque toujours inclinée au commencement du travail, sur celle de ses régions latérales qui est la plus antérieure, de manière que l'un des pariétaux est plus bas que l'autre, et que cette inclinaison se corrige à mesure que la tête pénètre dans l'excavation pelvienne;

3° Qu'en descendant dans le petit bassin, la tête du fœtus exécute en général un mouvement de flexion, mais que ce phénomène est loin d'être constant et régulier, et que les anomalies qu'il offre n'influent pas ordinairement sur la durée ou la difficulté du travail;

4° Que ce ne sont pas les diamètres perpendiculaire et bipariétal, mais bien un diamètre très-voisin de l'occipito-frontal et un diamètre transverse, plus petit que le bipariétal qui se trouvent en rapport avec ceux du détroit supérieur quand la tête le franchit;

5° Que la tête fœtale exécute dans le bassin un mouvement de rotation qui conduit ordinairement l'occiput dans l'arcade des pubis; que ce mouvement s'accomplit uniformément dans le même sens, soit que l'occiput ait été primitivement dirigé en avant ou qu'il l'ait été en arrière; que seulement il est peu étendu dans le premier cas, et qu'il l'est beaucoup au contraire dans le second; que ce mouvement, toutefois, peut être et est souvent incomplet, qu'il peut être exagéré, qu'il peut être nul, que les deux premiers cas n'ont pas une influence marquée sur la durée du travail, mais que l'absence de ce mouvement, quand l'occiput est dirigé en arrière, peut rendre l'accouchement plus long et plus pénible sans l'empêcher, en général, de se terminer spontanément. Qu'ainsi, le mouvement de rotation ramenant à l'arcade des pubis l'occiput primitivement en arrière, mouvement que Solayres, Baudelocque, et leurs successeurs, ont considéré comme une exception; doit être regardé comme la règle, que le maintien de l'occiput en arrière, dans ces cas, et à plus forte raison le mouvement de rotation qui le porterait dans la courbure du sacrum, circonstances regardées par eux comme constituant la règle, doivent être considérées, au contraire, comme de très-rares exceptions; que les plans inclinés n'exercent aucune influence sur la production de ce phénomène, que ses véritables causes sont, d'une part, la forme et la mobilité de la tête, d'une autre part, la forme et la résistance du canal parcouru;

(1) Mademoiselle Desmoulins, aujourd'hui maîtresse sage-femme à Périgueux.

6° Que la tête s'engage dans le détroit périnéal suivant la direction de l'un des diamètres obliques de ce détroit; mais que, comme le mouvement de rotation s'exécute pendant qu'elle le traverse, on peut dire qu'elle parcourt en partie cette ouverture suivant la direction des diamètres obliques, mais que, quand elle achève de le franchir, elle s'est à peu près placée dans la direction des diamètres antéro-postérieur et transverse;

7° Que la tête, après avoir franchi les parties génitales externes, conserve ordinairement la situation dans laquelle elle se trouvait en les franchissant, et que les mouvemens qu'elle exécute ensuite, et qui la rendent d'abord oblique, puis souvent transversale, mouvemens appelés de restitution par presque tous les accoucheurs, ne sont pas, comme ils le pensaient, l'indice d'un retour de la tête à ses rapports antérieurs; mais bien une conséquence de ceux qui sont imprimés au tronc dans l'excavation pelvienne;

8° Que le tronc du fœtus, contrairement à l'opinion de Solayres, de Baudelocque et de presque tous les accoucheurs, suit, sinon complétement, du moins en grande partie, les mouvemens imprimés à la tête dans la cavité du bassin, et que les épaules, devenues à peu près transversales quand la tête a complété son mouvement de rotation, exécutent elles-mêmes, après l'expulsion de celle-ci, un mouvement de rotation qui les place dans une direction très-rapprochée de celle du diamètre antéro-postérieur du détroit périnéal, et plus tard, du diamètre vertical de la vulve, et que celle des épaules, qui se place au sommet de l'arcade des pubis, est aussi celle qui se dégage la première.

Nous ne pouvons nous empêcher de répéter encore que toutes ces propositions ne sont pas nouvelles, car elles se trouvent éparses dans de nombreuses publications (1), mais elles n'ont pas encore acquis parmi nous le caractère de vérités évidentes; loin de là, elles sont contestées, et dans les traités de l'art des accouchemens le plus récemment publiés parmi nous, on peut dire qu'un grand nombre ont été ou méconnues ou exprimées avec beaucoup trop de réserve; nous avons donc pensé que c'était rendre service à la science, et par conséquent à l'art obstétrical, que de les produire encore en leur donnant pour sauve-garde l'autorité qu'on ne saurait refuser à un témoignage qui s'appuie sur des observations nombreuses, persévérantes et attentives.

PAUL DUBOIS, *professeur à l'hospice de la Maternité, et à la Faculté de médecine de Paris.*

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Naegèle.* Sur le mécanisme de la parturition, *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, tom. 9, pag. 32 et 116. Année 1821.

Stoltz. Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchemens. *Thèses de Strasbourg*, 1826.

Kilian die Geburt des Kindeskopfes Bonn. 1830. *Extrait dans le Bulletin des Sciences médicales*, t. 25, p. 85.

Gerdy. Remarques sur l'accouchement par le vertex. *Archives générales de médecine.* Mars 1832.

Busch. Traité de l'art des accouchemens, in-8°. Berlin, 1833. Allemand.

Bazin de Basseneville. Archives générales de médecine, décembre 1833. *Extrait du Traité d'accouchement du professeur Naegèle.*

F. L. Meisner. Recherches sur les progrès de l'art des accouchemens, etc., pendant le 19e siècle, de 1801 à 1832, in-8°. *Leipzig*, 1826 et 1833. En Allemand.

CURE RADICALE DES HERNIES CHEZ LES PETITS ENFANS.

Il n'est pas, je pense, de praticien qui ne sache tout ce qu'on éprouve de difficultés à contenir les hernies des petits enfans, et surtout, les exomphales si communes chez eux. La mobilité extrême propre à cet âge, la mollesse des tissus, les exonérations si fréquentes, etc., tout concourt à rendre cette tâche laborieuse.

Quelques vieilles recettes pharmaceutiques composées de substances astringentes; un bandage de futaine ou de toute autre étoffe; un brayer à ressort, enfin, voilà nos richesses thérapeutiques contre une pareille infirmité.

La première difficulté qui se présente, c'est de trouver un brayer de forme appropriée; et cet obstacle est immense, en province surtout.

Après cela vient l'intolérance des tissus encore gélatineux de l'enfant. Bientôt l'ulcération, et les douleurs qui en sont la suite, forcent à ôter le bandage à ressort; il est d'ailleurs presque impossible d'empêcher l'appareil de se déranger.

C'est bien pis encore si l'on a recours au bandage de simple étoffe, surtout contre les hernies de l'ombilic... Quelque bien faite que soit la ceinture contentive, elle se plisse, se roule en corde, monte, descend, etc. Y mettez-vous des sous-cuisses et des bretelles? Elles se durcissent, elles excorient; force est de les quitter.

J'abrége : ce n'est là qu'une partie du mal que l'on peut avoir. On guérit cependant quelquefois, par ces moyens; moi, je dirai *malgré ces moyens.* Fort heureusement la nature est là : νθσων φυτιες ιπτροι (1).

M'apporte-t-on un enfant avec une tumeur qui siége au niveau de l'ombilic, tumeur qui, soit dit en passant, est des plus communes, grâce à la négligence avec laquelle on assujettit souvent la petite bande ventrale des nouveau-nés? Je fais rentrer la partie herniée, je la soutiens avec un ou deux doigts, puis, j'applique dessus une pièce carrée de sparadrap de diachylon, plus large que la grosseur. Sur cette plaque, je pose une petite compresse épaisse que je fixe avec une longue bandelette du même emplâtre agglutinatif dont le

(1) Hippoc. de Aliment. 9 et 21, et epid. 6.

milieu est mis d'abord sur les pièces précédentes, et dont les chefs, passés deux ou trois fois autour du corps, reviennent encore contenir la hernie.

Il faut avoir soin que cette lanière ne soit pas trop étroite ou trop large, et qu'elle n'étreigne le ventre que modérément. On peut, pour plus de solidité, recouvrir tout cela d'un mouchoir en ceinture : mais, le plus ordinairement, ce surcroit de soin est inutile. Cet appareil reste en place plus ou moins de temps ; je l'ai vu tenir six semaines. Quelquefois, une seule application suffit pour obtenir la guérison ; le plus souvent on est obligé de la renouveler une, deux, rarement trois fois. Il est incroyable combien ce bandage est sûr ! Je puis affirmer ne l'avoir jamais vu manquer son effet depuis quatre ans que je m'en sers. Il adhère extrêmement ; il suit la plupart des mouvemens de la portion du tronc où il est collé, sans jamais permettre aux organes voisins d'en ressortir. Il est bon de le renouveler si l'accroissement du sujet rend l'étreinte trop forte. Cependant, celle-ci n'est jamais telle que ce renouvellement soit forcé : je dis ceci à dessein pour prévenir une objection possible. C'est encore pour en détruire une autre d'avance, que je me hâte de dire que l'emplâtre n'a jamais causé d'érythème, de pustules, etc. Quand on le lève, la peau sous-jacente est rose, il est vrai ; mais ce n'est point là de l'inflammation. Cette enveloppe est devenue en quelque sorte muqueuse, comme cela arrive là où elle se trouve en contact avec elle-même, et à l'abri de l'air, au fond des plis qu'elle offre aux cuisses des enfans, par exemple. Ce n'est donc pas même là la rougeur de l'intertrigo. D'ailleurs il est si aisé de s'apercevoir que ces petits êtres ne souffrent pas !

Ce que je viens de dire du bandage ombilical s'applique aux descentes qui se font par d'autres points de la cavité abdominale, et surtout à celles du pli de l'aine, sauf les modifications qu'exige la disposition des parties. Ainsi, c'est toujours une plaque d'emplâtre, d'abord ; puis la petite compresse épaisse, servant de pelote ; enfin le long ruban de sparadrap. Soit une hernie inguinale : les deux premières pièces posées sur l'anneau (je dis seulement *l'anneau*, car, à cet âge, le trajet ou canal inguinal existe à peine), je place le bout de ma lanière à la partie inférieure et interne du pli de l'aine, je la ramène obliquement en haut en dehors ; elle contourne le bassin en arrière, revient en avant sur la tumeur où elle se croise avec elle-même pour descendre en dehors, contourner la cuisse, et revenir une ou plusieurs fois au point de départ. C'est donc un spica de l'aine, en résultat.

Même chose, à peu près, pour les hernies crurales. Chez une petite fille de dix-huit mois, j'en ai guéri, en quinze jours, une de cette espèce, et qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse gauche.

Tel est le moyen bien simple, mais jusqu'à présent constamment efficace, qui m'a permis de triompher d'une infirmité dont on est souvent forcé d'ajourner la cure à un âge plus avancé et qui offre moins de chances d'une prompte réussite.

PROSPER MEYNIER, D. M. P., *à Orrans.*

EFFICACITÉ DU CAMPHRE EN VAPEUR DANS LE RHUMATISME AMBULANT.

Au mois de mars 1833, Jean Lanoë, garçon laboureur, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sec et nerveux, sujet à un rhumatisme ambulant, peu douloureux, contre lequel il n'avait jamais dirigé de moyens rationnels, fut pris, à la suite d'une suppression de transpiration, d'un rhumatisme musculaire aigu très-intense, qui ne céda qu'imparfaitement à l'emploi du traitement antiphlogistique ; des douleurs qui devenaient plus vives par les mouvemens, continuèrent long-temps à se faire sentir alternativement dans les cuisses et dans la masse musculaire des lombes. Combattues successivement par les évacuations sanguines, générales et locales, les applications émollientes, les frictions, les vésicatoires volans, etc., elles cédaient sur un point pour reparaître à l'instant sur l'autre.

Le défaut de succès de ces moyens me fit avoir recours au camphre en vapeur, conseillé par M. Dupasquier (*Revue médicale*, juin 1826).

N'ayant pas à ma disposition d'appareil par encaissement, j'y suppléai de la manière suivante :

Je fis asseoir le malade sur un tabouret dont le siége était à jour, sous lequel était disposé un petit réchaud, recouvert d'une plaque en fer ; je fis envelopper le malade jusqu'au cou, dans une ample couverture de laine, traînant à terre de tous côtés ; puis, de cinq minutes en cinq minutes, je projetai sur la plaque métallique, échauffée, une demi-cuillerée à café de camphre en poudre, que la chaleur faisait à l'instant volatiliser. J'en employai ainsi une demi-once. Il résulta du contact du camphre en vapeur avec la peau une transpiration abondante que j'entretins long-temps en faisant coucher le malade dans un lit chaud, enveloppé immédiatement dans la couverture de laine, imprégnée de vapeur, et en lui faisant prendre quelques tasses de boissons sudorifiques.

L'effet de la première fumigation fut peu marqué ; j'en fis prendre une par jour, pendant cinq jours consécutifs, et elles produisirent constamment des sueurs copieuses, desquelles résulta un mieux progressif, tel que dès la quatrième les mouvemens étaient tout à fait libres et sans douleur.

Une assez grande faiblesse fut la suite de cette médication, mais elle ne tarda pas à disparaître, et Lanoë n'a plus ressenti, depuis cette époque, son affection rhumatismale quoiqu'il s'expose journellement à des variations de température.

Ce fait, s'il était isolé, pourrait paraître peu important, mais, réuni à ceux cités par M. le docteur Dupasquier, il est propre à éveiller l'attention des praticiens sur l'efficacité du camphre en vapeur dans les affections rhumatismales. HOUEIX, *médecin à Ploërmel.*

OPÉRATION CÉSARIENNE, EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT.

Apollonie-Henriette Brun, âgée de dix-neuf ans, épouse d'Amable Berger, entre le 7 avril 1834 à l'Hôtel-Dieu, où elle est placée au n° 97 de la salle des femmes fiévreuses. Elle est au huitième mois d'une seconde grossesse et présente tous les symptômes d'une gastro-entérite des plus intenses ; la peau est brûlante, la fièvre vive, l'épigastre douloureux, la langue rouge et sèche; les gencives et les dents sont couvertes de fuliginosités. Quelques symptômes cérébraux se joignent à cet état inflammatoire des voies digestives. Un traitement convenable est administré, cependant le mal empire, et l'on craint une mort prochaine. En effet, le 9, à six heures du matin, la malade est à l'agonie.

Appelé auprès d'elle, M. le docteur de Garam, premier chef interne, s'assure par l'auscultation que l'enfant qu'elle porte est plein de vie, et conçoit dès lors l'espoir de le sauver par l'opération césarienne, attendant, pour la pratiquer, l'instant où la mère aura cessé de vivre. L'exploration du col utérin indique qu'il n'existe aucun commencement de travail: une heure après la malade expire.

M. de Garam, qui avait tout disposé pour l'opération, incise aussitôt les parois abdominales depuis l'ombilic jusqu'au pubis, arrive sur la matrice qui est fortement inclinée à droite, la ramène sur la ligne médiane, divise sa paroi antérieure dans l'étendue de cinq pouces, jusque sur la poche des eaux, et ouvre largement celle-ci à l'aide d'un bistouri boutonné. Le dos de l'enfant qui offre la première position du vertex se présente immédiatement: sans perdre un temps précieux, un retard de quelques secondes pouvant compromettre le succès de l'opération, le médecin plonge aussitôt la main dans la matrice, et, avec le secours d'un aide, il le ramène promptement, malgré l'obstacle que lui présente le resserrement de cet organe.

Le fœtus, du sexe masculin, paraît au premier abord presque privé de vie; il offre un état complet d'asphyxie : la face est violette, la dilatation du thorax nulle. On laisse couler le cordon. Cette hémorrhagie salutaire, jointe à quelques frictions sur la région thoracique antérieure, détermine chez lui quelques mouvemens respiratoires; un bain tiède est ensuite administré; l'enfant, alors pleinement rappelé à la vie, poûsse quelques vagissemens au milieu des soins qui lui sont prodigués et avale parfaitement les liquides qu'on lui donne. Il est, dès lors confié aux soins d'une nourrice, mais il meurt après trente heures d'existence.

GUSTAVE VIGNOLO, *chirurgien interne à l'hôpital de Marseille.*

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

OCTOBRE 1834.

RAPPORT TRIMESTRIEL

Sur le service médical de M. Casimir Broussais, *médecin ordinaire, professeur adjoint, à M. le médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.* (3e trimestre. Juillet, Août et septembre 1834.)

BALANCE.

Restans le 1er juillet.	93
Entrés dans le trimestre.	408
Total.	501
Sortis dans le trimestre.	422
Morts.	7
Restans le 31 mars.	72
Total.	501

Mortalité : 1 sur 71 4/7.

Nature des maladies des entrans.

Adenites.	4
Angines.	24
Apoplexies.	2
Bronchites aiguës.	6
——— chroniques.	3
Céphalalgies.	4
Chancres.	4
Colites.	17
Congestions cérébrales.	2
Convalescences.	15
Cystite chronique.	1
Dartres.	2
Douleurs.	3
Duodénites, ictères.	7
Encéphalite.	1
Epilepsies.	2
Eruption anormale.	1
Erysipèles.	2
Fatigues.	29
Fièvres intermittentes.	35
Furoncle.	1
Gastrite aiguë.	1
	166
Gastro-entérites aiguës.	166
Gastro-entérites chroniques.	53
Gastro-entéro-colites aiguës.	2
Gastro-céphalites.	53
Gastro-bronchites.	2
Gastro-pneumonies.	6
Glossite.	3
Hépatites.	1
Hématémèse.	3
Hémoptysies.	1
Hypertrophies du cœur.	2
Irritations gastriques.	3
——— gastro-bronchiques.	37
Laryngite aiguë.	3
——— chronique.	1
Lumbagos.	1
Névralgies.	3
Nostalgie.	3
Ophthalmies.	1
Orchite.	5
Otites aiguës.	1
Péritonite aiguë.	2
Pléthore.	1
Pleurites aiguës.	1
Pleurodynie.	5
Pneumonie aiguë.	1
——— chroniques.	1
Rhumatismes musculaires.	5
Rougeoles.	6
Scarlatines.	2
Sciatiques.	2
Stomatite.	3
Syphilis chronique.	1
Varicelles.	1
Varioloïde.	2
Uréthrites.	1
	9
	393
Plus :	
Indéterminées.	15
	408

Total 408.

Depuis nombre d'années, on n'avait eu un été aussi beau, aussi chaud, aussi sec, et d'une température

aussi peu variable que celui-ci; les mois de juin, juillet, août et septembre, n'ont vraiment rien laissé à désirer, et l'on a vu, dans différens endroits, pendant ce dernier mois, des floraisons et des fructifications doubles. Si cette saison a été favorable pour la végétation, elle ne l'a pas été moins pour la santé de l'homme; le nombre des malades a été modéré, et la mortalité extrêmement faible; un mort en juin, un en juillet, deux en août, et quatre en septembre; telles sont les seules pertes que nous ayons eues à regretter sur six cent vingt-huit malades traités, c'est-à-dire, un sur soixante-dix-huit et demi. Pour ma part, je n'avais jamais vu de mortalité si faible, et je ne puis en trouver de raison que dans l'excellence de la constitution atmosphérique et médicale. Depuis le commencement de l'année, il y a eu amélioration progressive sous le rapport de la mortalité; ainsi nous avons eu, dans le premier trimestre, 1 mort sur 24 1/18; dans le second, 1 sur 33 4/15, et enfin dans le troisième, 1 sur 71 4/7. Quand l'année sera finie, nous comparerons la mortalité suivant les mois. Quant aux trois mois de ce trimestre, ils nous ont offert, le premier un temps généralement chaud, à l'excès même pendant quelques jours, assez souvent pur, mais plusieurs fois mêlé d'orages et de pluies; le deuxième, des chaleurs presque continues dans ses deux premiers tiers, puis des orages et de la pluie, enfin, le troisième, encore des chaleurs, des journées pures et échauffées par un soleil ardent, contrastant avec des matinées et des soirées très froides surtout dans la deuxième moitié.

Les maladies prédominantes ont été les gastro-entérites, les colites, les angines, les fièvres intermittentes; tandis qu'il ne s'est presque point montré de phlegmasie des organes respiratoires, point du tout d'arthrites et très peu d'exanthèmes. Les aliénations mentales, qui s'étaient multipliées le trimestre dernier, ont cessé; il ne s'en est présenté qu'une seule, tout-à-fait au commencement de juillet.

Parmi les *bubons* ou *adénites* que nous avons eu à traiter, il s'en est présenté de chroniques; dans un de ces cas, si désolant pour le malade qui s'ennuie d'être toujours en traitement, et pour le médecin qui cherche souvent en vain à accélérer la guérison, nous avions cru obtenir un résultat satisfaisant de la compression; mais il était resté un noyau de glande engorgée, et le malade, qui était sorti de l'hôpital, y est bientôt rentré avec un bubon presque aussi volumineux que la première fois. Nous avons eu recours à l'application du vésicatoire, suivie de celle d'un plumaceau de charpie, trempé dans une solution de 20 grains de sublimé pour une once d'eau, et l'amélioration que nous avons obtenue est incontestable. Nous indiquerons le résultat définitif dans notre prochain rapport.

Un *anévrisme de l'aorte ventrale*, dont nous avons déjà parlé, est parfaitement guéri, au moyen des sangsues, de la glace, des lavemens froids, et du régime sévère.

Plusieurs de nos *angines*, ont été fortes; aucune n'a cependant résisté aux antiphlogistiques.

Des deux *apoplexies*, l'une était ancienne et avait produit une paralysie de la langue qui subsiste encore, et pour laquelle le malade attend son admission aux Invalides; l'autre était récente (Salle 18, lit 7); elle était caractérisée par la perte de connaissance, le coma, la paralysie de la sensibilité et du mouvement du côté droit; la dilatation des pupilles; la lenteur et la plénitude du pouls, etc. Deux saignées furent faites : une à la veine jugulaire, qui ne donna pas beaucoup de sang, et une au bras; puis des sangsues furent mises à l'épigastre, qui paraissait sensible à la pression. Le malade était évidemment mieux le lendemain; il commençait à ouvrir les yeux, bien que la paupière gauche fût relâchée; il faisait quelques légers mouvemens du bras droit. Sangsues à la tête. Nouvelle amélioration; le malade parle; il montre sa langue; ses pupilles sont contractées. L'amélioration continue sous l'influence de légers révulsifs et la diète, de sorte que dès le 20, ce malade paraissait guéri : seulement la saignée de la jugulaire avait déterminé un phlegmon au cou, qui, heureusement, se passa sans accident. Mais une douzaine de jours plus tard, il commença à éprouver de nouveau de l'engourdissement général et des fourmillemens dans les extrémités. Une saignée fit merveille, et compléta si bien la cure, qu'à la fin du mois d'août ce militaire sortit parfaitement guéri.

Les lotions de sublimé en dissolution ont amené à cicatrisation un *chancre* passé à l'état chronique. Un autre chancre à l'état aigu, avait un mauvais aspect; le malade avait de la fièvre et un peu d'irritation gastrique; une saignée du bras et la diète rendirent à cet ulcère l'aspect le plus satisfaisant, et le conduisirent à cicatrisation.

La *cystite chronique*, a offert des phénomènes de physiologie thérapeutique vraiment curieux. Le malade a été mis au régime végétal et à l'usage des diurétiques ordinaires sans résultat. C'est alors qu'il a pris une potion avec une seule goutte de teinture de cantharides. Sous l'influence de ce médicament presque homœopathique, l'amélioration a été évidente; c'est-à-dire, que le malade n'a plus éprouvé de douleur en urinant; ses urines ont cessé d'être chargées, et le dépôt de matières glaireuses et puriformes du fond du vase a disparu. La potion suspendue, tous ces symptômes sont revenus; puis ils ont disparu de nouveau par le retour à la goutte de teinture. Une fois deux gouttes furent prescrites, et le malade s'en trouva fort irrité. J'avais déjà observé un cas analogue dans le service de mon père, mais je n'en avais jamais eu dans ma pratique. Ce sont de ces faits qui ont besoin d'être vérifiés à plusieurs reprises.

Les *duodénites* avec *ictère* ne nous ont rien offert de nouveau; toujours ralentissement du pouls, tombé chez quelques malades, jusqu'à quarante pulsations, et guérison en quelques jours, quand le foie n'est pas engorgé, par une application de sangsues à la région du duodénum.

Il y a eu un *érysipèle général* chez un malade (s. 2, l. 17) déjà miné par une maladie chronique, et par le

chagrin d'être prisonnier; l'amaigrissement est devenu extrême; le hoquet a duré plus de dix jours, et les vomissemens sont venus ajouter à l'épuisement du sujet; des sangsues en petit nombre, des ventouses scarifiées, des vésicatoires, rien n'arrêtait ce hoquet. Malgré la rougeur de la langue; l'eau de selz fut alors administrée, et parvint, non sans peine, non sans avoir eu besoin d'être suspendue, à arrêter le hoquet et les vomissemens. Le malade reprit peu à peu. Il est gras et fort maintenant, et retenu à l'hôpital par un engorgement glanduleux de l'aisselle.

Un grand nombre de *fièvres intermittentes* étaient avec irritation gastrique continue, et ont cédé à quelques sangsues à l'épigastre. Chez quelques malades, le sulfate de quinine a été employé extérieurement par la voie endermique, et il a paru avoir conservé, suivant ce mode d'administration, son action fébrifuge, mais à un moindre degré que lorsqu'il est administré par la bouche ou le rectum, ainsi que le prouvent les observations ci-jointes, recueillies par M. Barby.

Plusieurs de ces nombreuses *gastro-entérites* ou *gastro-entéro-colites* mentionnées sur le relevé ci-dessus, ont présenté le plus haut degré de gravité, et revêtu la forme typhoïde, un certain nombre se sont compliquées de congestions pulmonaires contre lesquelles plusieurs fois, mais non toujours, les applications de sangsues de la poitrine correspondante au râle crépitant, ont eu sur la région la plus heureuse efficacité.

De même que nous avions, à l'imitation de M. Broussais père, essayé, il y a long-temps, les petits lavemens acidulés dans ces maladies; de même nous avons voulu tenter les lavemens légèrement chlorurés (douze gouttes de chlorure de Labarraque dans huit onces d'eau). Ils ont paru quelquefois faire du bien, et d'autres fois irriter. Nous les croyons bons dans certains cas, après les antiphlogistiques; mais nous n'avons pas assez d'observations pour poser les indications de leur application.

C'est ici le lieu de dire un mot de ce que l'on a appelé, dans le monde, les *cholérines*. Nous avons eu plusieurs cas de gastro-colites au début violent et subit, caractérisées par des selles et des vomissemens abondans, bilieux ou même blanchâtres; le refroidissement des extrémités; l'enfoncement des traits et les crampes dans les membres. Mais aucun de ces cas n'est devenu réellement grave; tous ont cédé avec la plus grande facilité, à une ou deux saignées locales à l'épigastre et à l'anus, à quelques lavemens narcotiques et autres moyens analogues. C'étaient comme des choléras avortés. Y avait-il influence cholérique? Je n'ose aborder cette question.

J'ai encore retiré les meilleurs effets des sangsues et de la belladone dans les *névralgies* frontales.

J'ai bien cru qu'un de mes malades allait succomber à une *péritonite* consécutive, développée subitement sans cause connue, chez un militaire entré à l'hôpital pour une fièvre intermittente quotidienne, avec engorgement de la rate. Ce début fut si violent, que ce malade faillit y succomber en quelques heures; il était si décomposé, que je ne le reconnus pas le matin; les extrémités étaient froides, et une douleur atroce existait au côté gauche de l'abdomen. Deux fortes applications de sangsues et des bains agirent au-delà de mes espérances, et enlevèrent de mal radicalement.

Au commencement du mois de juillet, il y avait encore plusieurs *rougeoles* et *scarlatines* graves; elles disparurent ensuite. Deux de ces dernières ont été suivies d'une desquammation profonde; l'épithélium de la membrane muqueuse buccale est entièrement tombée; il y a eu chute des ongles et renouvellement complet de la peau.

J'ai eu deux *varioloïdes*, dont une chez un malade déjà à l'hôpital pour une autre affection. La varioloïde de l'entrant à été forte, avec fièvre aiguë et confluente dans plusieurs régions; mais les pustules n'étaient point ombiliquées, lors de la suppuration, la dessiccation se fit subitement, et l'on ne vit point le suintement et les croûtes de la véritable variole. Ces deux sujets avaient été vaccinés.

Enfin, dans une *uréthrite* chronique, datant de plus d'une année; ce qui m'a le mieux réussi, ce sont les sangsues, au nombre de deux, appliquées, à plusieurs reprises, de chaque côté du frein.

Parmi les sept morts, je compte deux nostalgiques, dont l'affection morale a été profonde, et cause de la terminaison funeste de la maladie, et deux phthisiques. Des trois autres, l'un (Salle 21, lit 37. Loison) a succombé à une pleuro-pneumonie aiguë, qui lui est survenue pendant les premiers jours de la convalescence d'une gastro-entérite, qui avait présenté la forme typhoïde; le second (Salle 2, lit 23. Warcousin) avait une diarrhée depuis trois mois; mais quand il entra à l'hôpital, sortant de prison, le gros intestin fut trouvé criblé d'énormes ulcérations; et le troisième (Salle 7, lit 34 Brethon) succomba au quatrième jour de son entrée à l'hopital, à une gastro-entéro-céphalite aiguë, que rien ne put enrayer.

Application du sulfate de quinine par la méthode endermique.

Observations recueillies par M. Barby, *chirurgien élève dans le service de* M. Casimir Broussais, *au Val-de-Grâce.*

—

1° *Irritation gastrique. Fièvre tierce.* (Insuccès.)

Le sieur Joly, entré le 24 juin 1834 (s. 7, l. 46), est d'abord traité pour une irritation gastrique et une angine légère. La fièvre tierce qui lui reste n'est pas enlevée par deux lavemens de six grains de sulfate de quinine. Le 4 juillet, deux heures avant l'accès, on lui applique, sur une dénudation faite avec la pommade de Gondret, huit grains de sulfate de quinine: l'accès

vint comme de coutume, et le surlendemain on lui donna la même quantité de sulfate de quinine à l'intérieur; l'accès fut enrayé et le malade guérit.

2° *Fièvre tierce.* (Insuccès.)

Michel, couché au n° 43 de la salle 7, entré le 9 juillet, se plaint d'une fièvre tierce qu'il a depuis un mois. Deux heures avant l'accès, application de dix grains de sulfate de quinine sur une dénudation faite à la région gastro-splénique. La fièvre revient comme de coutume; on la guérit en administrant huit grains à l'intérieur.

3° *Fièvre tierce.* (Guérison.)

Le nommé Geruzet (s. 7, l. 56), trompette au 1er régiment d'artillerie, à Vincennes, âgé de dix-sept ans, taille petite, constitution assez frêle, buvant habituellement une eau qu'il dit être mauvaise, et causer souvent des coliques et des maladies aux autres artilleurs. Il est resté pendant tout le mois de mai dernier à la salle 8 pour la même fièvre qu'on lui a traité par des sangsues à la région épigastrique. Quinze jours après sa sortie de la salle 8, la fièvre le reprit et il la coupa avec trois grains de sulfate de quinine qu'il avait achetés lui-même; la fièvre lui revint encore plusieurs fois, et il la guérit de la même manière. Enfin, le 9 juillet, les accès ayant encore repris, son chirurgien-major le fait entrer à l'hôpital pour qu'il soit traité en conséquence.

Le 10 juillet, il annonce à la visite que la fièvre doit le prendre à neuf heures et demie par un frisson qui doit lui durer, comme de coutume, deux heures, après lesquelles doivent venir la chaleur et les sueurs. *D. Pot. Gomm.* — Application, à sept heures un quart, sur la région gastro-splénique, d'un emplâtre de pommade ammoniacale, qu'on enlève dix minutes après, ainsi que l'épiderme qu'il a soulevé dans une étendue un peu plus grande qu'une pièce de six francs. Sur cette partie dénudée on étend quatre grains de sulfate de quinine.

11. La fièvre n'est pas revenue hier; il a eu pendant cinq minutes un peu de froid, qu'il dit avoir été causé par le dérangement de sa couverture, et ne pas ressembler au frisson fébrile. La vésication est douloureuse. Demi-vermicelle (mat. et soir), pruneaux, limonade 3 p.

12. Application de trois grains de sulfate de quinine sur une vésication faite à côté de la précédente. A sept heures un quart, limonade 2 p., pot. gomm.

13. Hier, la fièvre ne s'est pas fait sentir. Demi-vermicelle, pruneaux.

14. État satisfaisant. Soupe et quart, pansement avec cérat.

Les alimens sont graduellement augmentés. Le 18, les vésicatoires sont séchés.

21. Il sort avec toutes les apparences d'une guérison parfaite.

4° *Fièvre tierce.* (Guérison.)

Calende (s. 7, l. 49), âgé de vingt ans, blond, constitution peu forte. Il est resté les vingt derniers jours du mois d'avril à l'hôpital pour être traité d'une fièvre tierce. Depuis sa sortie, il a eu un autre accès qu'il a coupé lui-même avec du sulfate de quinine que lui a donné un de ses camarades, et dont la quantité lui est inconnue.

16 juillet. Il lui a pris un accès il y a deux jours. Les viscères sont généralement sans altération sensible, sauf la rate qui est volumineuse. La fièvre doit venir à midi. Application, à huit heures du matin, de quatre grains de sulfate de quinine sur une dénudation faite à la région épigastrique avec la pommade de Gondret. D.

17. Hier à midi, léger frisson de courte durée, sans sueurs, et tremblement comme la veille. Crême de riz, pruneaux.

18. Application, à huit heures, de quatre grains de sulfate de quinine sur une nouvelle dénudation.

19. La fièvre n'est pas revenue du tout hier. Pansement des plaies avec cérat.

24. Guérison des plaies.

Le 2 août il sort.

NÉCESSITÉ D'UNE THÉORIE POUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PRATIQUE; par F.-J.-V. BROUSSAIS.

Réflexions sur les acquisitions de la médecine pratique.

(PREMIER ARTICLE.)

C'est dans le champ de la pratique que doivent mûrir les fruits des théories médicales, et les essais de l'empirisme doivent à leur tour être soumis à ces théories. Ce serait en vain que l'on attendrait de grands progrès de l'empirisme pur et simple, dans l'art de guérir: il n'avance qu'en tâtonnant, et recule peut-être autant qu'il avance. Le médecin ne saurait se dispenser de suivre de l'œil de l'imagination les médicamens qu'il prescrit à travers le tissu des organes, et d'en voir les molécules mêlées à celles des fluides. L'un soutient que son remède fortifie les nerfs; l'autre qu'il tempère l'ardeur du sang; celui-ci le voit ouvrant les portes sécrétoires pour éliminer les matières morbides, et il le nomme dépurateur; celui-là le contemple aux prises avec un principe morbide, qu'il neutralise avant de l'expulser. Il en est qui donnent à leur drogue la vertu de tendre les fibres en général, et de relever les forces vitales défaillantes. On en trouve qui n'ont d'autre prétention que de changer la vitalité en général par des stimulations dont les effets doivent leur servir de règle, après la première dose, pour leur conduite ultérieure. C'est de l'une de ces manières ou à peu près, que la plupart des praticiens empiriques conçoivent aujourd'hui

la spécificité. Il en est peu maintenant en France qui se contentent de se dire à eux-mêmes : je ne me mets pas en peine de la manière dont agira mon médicament; s'il ne réussit pas, j'en essaierai un autre sans me donner plus de souci, et je procéderai toujours ainsi, sans me lasser, jusqu'à ce que j'aie trouvé le spécifique, ou que le malade ait succombé.

Si ceux qui raisonnent ainsi sont plus rares qu'autrefois, c'est que les entités morbides ont beaucoup diminué parmi nous, et que les médecins de nos jours ont presque tous disséqué des cadavres ou suivi des expériences où l'on ne manque pas de chercher dans les organes, après la mort, les traces des substances plus ou moins énergiques que l'on avait fait absorber ou introduites directement dans les voies circulatoires.

D'ailleurs, les praticiens les plus empiriques, comme les paresseux qui répugnent le plus au travail des rapprochemens et de la méditation, entendent de toutes parts retentir à leurs oreilles les conseils des médecins physiologistes, qui ne cessent de leur répéter de prendre garde à la surexcitation des organes fondamentaux, pendant qu'ils vont tâtonnant avec leurs spécifiques plus ou moins vantés. Il est vrai que trop souvent ce conseil est insuffisant pour les arrêter, mais du moins il les porte à chercher des explications qui justifient leur témérité ou dissimulent les résultats de leurs imprudences. C'est un acheminement vers la bonne théorie; car tous ces raisonnemens supposent des théories qui ne peuvent que se rectifier, et qui doivent aboutir à la meilleure.

Nous avons toujours fait ce qui dépendait de nous pour accélérer ce grand résultat : un bon nombre de lois sont déjà découvertes. On convient que la soustraction directe des globules sanguins est le plus puissant moyen de soulagement dans les congestions tendant à l'inflammation et qu'on appelle hyperhémies actives, ce qui signifie exactement la même chose. Mais les saignées ont l'inconvénient de débiliter, et beaucoup de praticiens n'osent les répéter; eh bien! ceux-là commencent à convenir avec nous, que les purgatifs, qu'ils leur substituent quand la congestion résiste, n'affaiblissent la tendance aux congestions inflammatoires, qu'en excitant la sécrétion sur une surface étendue, source intarissable de mucosités, aboutissant de plusieurs parenchymes glandulaires.

Le choléra est venu fournir la confirmation de cette théorie : on a vu toutes les sécrétions cesser en présence de celle de la muqueuse du tube digestif, et l'inflammation, qui succède si constamment aux vomissemens et aux selles cholériques dans les tissus qui les fournissent, a dû faire ressortir le grave inconvénient des super-purgations artificielles dans tout état possible de santé.

Autre trait d'analogie : lorsque les cholériques n'ont pas succombé dans la période hypersécrétoire, et que l'inflammation s'est emparée de la muqueuse, on a vu constamment cette hyperhermie active réagir sur le cerveau, et y produire une congestion tendant à la phlegmasie. Qui pourrait se refuser à rapprocher cette influence de celle des gastro-entérites aiguës qui passent à l'état typhoïde? N'y voit-on pas également un avis donné aux praticiens qui abusent des éméto-cathartiques, tel que le tartre stibié à haute dose dans les inflammations des poumons et des tissus articulaires?

Naguère, cet émétique n'opérait dans les pneumonies qu'en modifiant l'absorption interstitielle des poumons, et l'on n'en espérait de bons effets que lorsque la muqueuse digestive était arrivée à la tolérance? Aujourd'hui, l'on convient que le temps où son action est le plus favorable à la résolution pneumonique, est celui où il excite des selles, des urines, ou des sueurs abondantes, et que le temps où la tolérance s'établit est celui où l'on doit en suspendre l'usage, si l'on ne veut substituer la gastro-entérite à la pneumonie.

La même observation a été faite dans l'arthritis aiguë, dans les affections cérébrales inflammatoires, et l'on sait maintenant, si l'on a pris la peine de suivre le mouvement de la science, que l'émétique à haute dose ne réussit dans aucune de ces phlegmasies, lorsque, dès le principe, elles se trouvent compliquées de celles du tube digestif. Nous avons même remarqué, nous qui avons appelé l'attention sur ce fait majeur, que les sangsues appliquées à l'épigastre, quoiqu'elles fassent disparaître les signes de la gastrite compliquante, réussissent bien rarement à rendre l'émétique à haute dose tolérable dans les pneumonies aiguës. Ce sel rappelle toujours la phlegmasie qui vient d'être palliée, de sorte qu'on ne peut guère le donner avec sécurité dans ces maladies, que lorsque cette complication n'a point existé.

Voilà encore un fait qui s'applique à tous les cas où l'on serait tenté d'en faire usage.

Le kermès, l'oxide blanc d'antimoine, ont été pendant quelque temps érigés en panacée des phlegmasies pulmonaires, puis ont trompé l'attente de leurs prôneurs. Alors ont retenti des assertions contraires, et nous avons lu partout que l'oxide blanc était un médicament inerte. C'est parce que cet oxide n'est diaphorétique et diurétique que sous conditions. Lorsqu'il entre dans une économie dont les excréteurs sont disposés à s'ouvrir, il enlève les pneumonies avec moins de danger que l'émétique; mais il n'est pas assez puissant pour produire toujours l'excrétion, et alors il est presque inerte. Voilà la théorie; c'est au lit des malades que nous l'avons puisée. Mais n'existe-t-il donc aucun moyen de prédisposer les sécréteurs à obéir à l'action de l'antimoine diaphorétique? Sans doute, il en existe; et plus d'une fois nous l'avons vu faire miracle après des saignées et des lavages suffisans.

Bien que nous ignorions la cause déterminante du choléra épidémique, il ne nous a pas moins fourni les moyens de faire beaucoup de rapprochemens : c'est aussi par les théories qu'on l'a traité! Ceux qui ont voulu se borner à exciter et à réchauffer, c'est-à-dire, qui ont agi d'après la plus vulgaire et la plus grossière des théories, n'ont obtenu que le dernier rang parmi les guérisseurs; il a fallu s'aider des données physiolo-

giques. Les tentatives faites sur la peau directement pour y appeler la sécrétion ont réussi quelquefois, lorsque le mouvement sécrétoire du tube digestif, peu invétéré, n'avait point encore produit d'hypérhermie inflammatoire. Mais cette tentative a eu plus de succès lorsque l'on avait commencé par dégorger de sang le tube digestif. Or, c'est la théorie qui a conduit à ce résultat; car, quoi qu'on en ait dit, le choléra est inflammatoire dès son début; et vouloir distinguer le mouvement sécréteur du premier jour du mouvement inflammatoire du lendemain, c'est proposer une distinction trop subtile. La congestion sanguine de l'abdomen est le phénomène fondamental : elle est active, elle est inflammatoire, et si la rougeur n'y est pas aussi vive le premier que le second jour, c'est en partie l'effet du lavage de l'excrétion. C'est d'ailleurs un fait commun à toutes les inflammations commençantes qui accumulent le sérum avec le sang dans les tissus où elles se développent, et qui ne sont bien rouges qu'après certains progrès.

Dans le moment où l'extérieur se refroidit, c'est la théorie qui a fait abandonner les boissons chaudes pour leur substituer l'ingestion de la glace, en prohibant les abondantes potions. C'est la théorie, disons-nous, car elle seule a fait comprendre que la chaleur se trouvait concentrée dans les entrailles avec le sang, et qu'il fallait calmer la surexcitation du tube digestif pour obtenir des excrétions à la peau. Cette méthode a compté beaucoup plus de succès que l'emploi démesuré des infusions de camomille ou de fleurs de tilleul, etc.

L'intensité et surtout la grande étendue des phlegmasies du tube digestif dans les choléras qui avaient eu quelque durée, ont fait sentir combien étaient vaines les prétentions de ceux qui se flattaient de révulser par les frictions sèches et par les sinapismes appliqués autour des poignets. Quelle proportion en effet entre ces faibles stimulations et la vaste phlegmasie des entrailles! On a dès-lors moins redouté les émissions sanguines, et nous sommes encore réduits à confesser que ce moyen a toujours été le plus efficace lorsqu'il a pu être employé avant que le cœur fût tombé dans l'inertie.

Sur la cause de cette inertie, on n'est point tombé d'accord : l'inconnu, générateur de la maladie, a été accusé en désespoir de cause; on se l'est figuré jetant le système nerveux dans la torpeur. Mais il est trop évident qu'il n'y tombait qu'après une sur-excitation sécrétoire de nature inflammatoire, et qui anéantissait l'innervation. Nous l'avons dit, et l'on n'y a pas fait assez d'attention. Nous avons fait remarquer que toutes les *conquassations* des forces provoquées par le malaise du système nerveux abdominal, et qui ne manquent jamais de paralyser le cœur, étaient des irritations tendant à la phlegmasie; et nous en avons conclu que les efforts des praticiens, comme ceux du gouvernement, devaient tendre à rendre possible l'emploi des antiphlogistiques dès les premières heures du début. Tant que cette vérité ne sera pas comprise, les choléras du plus haut degré d'intensité seront mortels.

Nous répétons donc, en terminant sur cette matière, que les hommes qui gouvernent n'ont rien de mieux à faire que d'organiser des escouades de médecins ambulans, et munis de tous les secours antiphlogistiques, dans les villes où le fléau vient de se déclarer, afin que ces secours soient portés à domicile au moment où le mal commence, et qu'on épargne aux cholériques les lenteurs du transport dans les hôpitaux et l'impression de l'air extérieur, qui ne manque pas d'accélérer la période presque toujours incurable de la torpeur circulatoire.

Du choléra, si nous passons aux *fièvres typhoïdes*, nous trouvons que la théorie joue le principal rôle dans son traitement. Malheur à ceux qui persistent à n'y voir qu'un groupe de symptômes qui, pour satisfaire leur diagnostic, doit être complet. Succès et gloire pour les sages théoriciens qui ont pris la peine de se convaincre que ce groupe est amené par les progrès d'une gastro-entérite qui a pu marcher. Les premiers attendront l'entité avec leurs spécifiques, sans explications; les seconds la préviendront pour en avoir bien conçu les élémens physiologiques. La justice des hommes un jour dira lesquels ont rendu le plus de services à l'humanité.

Les rémittentes pernicieuses, ces fameux retranchemens des empiriques et des gens à spécifiques, sont encore là pour attester combien il est utile de bien se rendre compte de l'effet physiologique des médicamens. Les fièvres de la Morée, celles de la côte d'Afrique, allaient pour jamais, disait-on, renverser les théories. Aujourd'hui, que les médecins physiologistes ont eu le temps de les observer, on convient qu'elles exigent autre chose que l'emploi du sulfate de quinine, administré sur la foi d'une triste dénomination. Il a fallu se rendre compte des traces profondes de phlegmasies, que l'inspection démontre dans les cadavres, et l'on a reconnu que la modification exercée par ce médicament était souvent plus nuisible en rendant permanentes des congestions intermittentes des voies digestives et de leurs annexes, qu'elle n'est utile en faisant disparaître les phénomènes de périodicité régulière. L'explication est donc intervenue malgré les répugnances des empiriques, et l'on est convenu qu'il fallait se représenter l'état de la surface digestive avant de la mettre en contact avec le spécifique. En vain nous avait-on dit et répété que le fébrifuge agit par absorption, qu'il modifie l'abstraction vie, et par elle l'autre abstraction nommée fièvre intermittente; que par conséquent les craintes de gastrites, manifestées sans cesse par les physiologistes, sont chimériques. On s'est trouvé forcé de distinguer les cas où le sang doit être soustrait, et surtout de l'épigastre, de ceux où l'excitant peut être porté de prime-abord dans le tube digestif. La lettre si intéressante de M. Cavenne, que nous insérons dans ce cahier, fait voir que la même nécessité a existé à la Martinique, et que la suspension du mouvement fébrile périodique par le sulfate, ne procure que des guérisons palliatives, quand elle n'est pas immédiatement mortelle, toutes les fois que ce mouvement est compliqué avec une gastrite permanente. Ces cas sont

beaucoup plus connus que ne le croient encore aujourd'hui la plupart des praticiens qui s'arrogent la suprématie médicale dans nos salons.

De temps en temps, nous apprenons par les journaux la perte d'hommes précieux à la société, par la malignité d'une fièvre pernicieuse, que les plus puissans fébrifuges n'ont pu dompter. Si ceux qui les administrent, dans ces cas, avaient su se rendre compte, par une bonne théorie, de la résistance des accès aux premières doses du spécifique, ils auraient reconnu que la modification excitante qu'il produit cesse d'être salutaire, lorsqu'il existe dans l'appareil digestif une congestion permanente de nature irritative, ou bien ce qu'on appelle une hypréhermie active, et qu'il faut la dissiper par les émissions sanguines, sans avoir égard à l'âge ni à toute autre influence supposée débilitante, sous peine de faire des victimes.

Nous visitâmes autrefois un homme célèbre en médecine, dont la santé se trouvait fort altérée : il ne croyait aucun de ses organes compromis en particulier, et ne voyait chez lui qu'une affection générale qui le rendait débile, inappétent et haletant au moindre exercice. Ce médecin ne s'était jamais exercé à l'explication des symptômes par les théories physiologiques; il ne voyait pas chez lui trois points d'irritation, sous l'influence desquels l'économie entière était désordonnée, et l'inopportunité des médications qu'il s'appliquait répondaient au parfait à ce genre d'aveuglement. Si des médecins commettent de ces erreurs sur eux-mêmes, qu'attendre de leur diagnostic dans les maladies des autres personnes? Rien de plus rare que les maladies primitivement générales; moins quand la douleur manque à l'intérieur pour marquer le point de départ des symptômes, il faut une grande connaissance des sympathies, des synergies, des rapports des organes fonctionnant les uns avec les autres. En un mot, il faut de la théorie pour diagnostiquer.

Nous nous sommes souvent affligés de l'indifférence des chirurgiens sur les théories médicales; ce n'est pas sans raison, et le fait le prouve aujourd'hui. Ceux d'entre les opérateurs célèbres qui veulent bien réfléchir à l'importance d'empêcher le développement de l'inflammation dans les plaies résultantes de leurs opérations, obtiennent des guérisons que les autres n'obtiennent pas. Le professeur Dieffenbach de Berlin ne préserve de la gangrène les lambeaux cutanés, avec lesquels il recouvre les ouvertures béantes des fosses nasales, que par des applications de sangsues répétées. Il a même fait revenir, par ce moyen, des étendues de peau très-considérables, qui avaient été désorganisées par d'anciennes affections herpétiques. Plusieurs de nos opérateurs renommés ont été à Paris témoins de ces succès. Il était nécessaire que l'exemple de l'application de la méthode physiologique aux plaies des opérations fût donné par des étrangers, pour qu'elle devînt générale parmi nos chirurgiens. Jusqu'ici, M. Lisfranc avait été le seul chirurgien parmi les chefs d'hôpitaux, qui se fût attaché à combattre l'inflammation dans les affections externes, dans le triple but de prévenir la nécessité des opérations, d'en assurer le succès en écartant l'inflammation de la plaie chirurgicale, où elle est rarement nécessaire; d'empêcher la récidive lorsqu'il s'agit des affections de causes internes, comme les sarcomateuses, qui tendent au cancer. Eh bien! cette pratique si féconde en beaux résultats, si admirée des élèves, a toujours été repoussée par la plupart de nos chirurgiens d'hôpitaux.

Sans doute le soin que prend M. Dieffenbach d'écarter l'inflammation des cas chirurgicaux, fera plus d'effet sur nos chirurgiens que les conseils que les médecins physiologistes leur prodiguent depuis vingt ans, et que l'exemple de M. le docteur Lisfranc. Mais nous pensons qu'ils ne marcheront franchement dans cette voie que lorsque les chirurgiens anglais l'auront adoptée. Malheureusement, ces derniers en sont les plus éloignés de tous. L'Angleterre, de notre époque, est le réfuge de l'empirisme, et c'est avec les célébrités chirurgicales de ce pays que les nôtres sympathisent le plus.

Toutefois, dans leur empirisme, on distingue une double habitude qui n'existe pas parmi nos chirurgiens. Si les anglais n'ont pas une théorie qui les conduise à combattre l'inflammation dans les plaies chirurgicales par les émissions sanguines locales, ils ont au moins l'idée qu'il faut saigner largement s'il survient de la fièvre, et que la provocation des selles par le calomel doit marcher ensuite. Assurément cette méthode ne vaut pas celle de MM. Dieffenbach et Lisfranc, qui s'attachent à détruire l'élément inflammatoire dans son siége, sans se croire obligés de bouleverser toutes les fonctions de l'économie. Mais enfin ces modifications sont souvent utiles; elles exigent un changement dans le régime; la plaie peut en éprouver des influences favorables. En somme, nous aimons que le chirurgien s'occupe des fonctions, et nous nous sentons toujours péniblement affecté lorsque nous le voyons prêt à porter le bistouri, dans la plupart des cas, sur les malades, sans les préparer. Enfin nous sommes désolé lorsque nous l'entendons le lendemain prescrire des doses d'alimens aussi fortes que celles de l'avant-veille.

Au surplus, cette incurie, cette négligence de l'art de diriger le jeu des fonctions à la suite des opérations, ferait incessamment place à des dispositions toutes contraires, si les jeunes médecins qui rédigent les observations de ces cas en sentaient la nécessité; qu'au lieu d'épuiser leur admiration sur la dextérité de l'opérateur, sur les avantages du procédé qu'il a choisi, sur le perfectionnement qu'il a fait subir aux instrumens; ces rédacteurs en gardent une bonne partie pour le traitement interne des opérés et pour les résultats, et l'on verra les opérateurs s'occuper beaucoup plus qu'ils ne le font des fonctions de leurs opérés. Il faut que ces habiles opérateurs lisent dans les recueils, à la suite de la mécanique, ce qui appartient à la vitalité, et qu'on leur prouve par des observations comparatives, qu'avec un régime différent, avec le soin d'empêcher ou de dissiper à plusieurs reprises les congestions qui se font dans les plaies ou dans leur pourtour, avec l'art de calmer l'irritation dans un viscère, au moment où elle

commence à prendre naissance, ils auraient pu sauver la vie de bien des malades qu'ils ont perdus. Que la statistique des cas d'opérations suivis de guérison et de mort soit seulement faite avec conscience, en tenant compte des traitemens généraux ou locaux pratiqués avant et après l'opération, et l'on verra que la conscience des chirurgiens ne sera point insensible à cet appel. Ceux d'entre eux qui soutiennent que la médecine n'est rien, verront qu'elle est quelque chose : ils sentiront en même temps que les théories qui en appuient les préceptes ne sont pas toujours de vains jeux d'imagination, et sont faites pour exercer, dans l'entendement humain, des facultés plus relevées que celles qui ont été nécessaires pour bien opérer.

Assez pour la chirurgie : occupons-nous de quelques médications spécifiques qui ont été ou qui sont maintenant en crédit.

J'en trouve une qui me paraît devoir acquérir de la célébrité ; c'est celle de M. Malapert, qui provoque une brusque résolution des bubons vénériens, en appliquant sur le sommet un vésicatoire, sur la plaie duquel il dépose deux gros de sublimé corrosif. Il en résulte un suintement très-copieux, qui dénature et détruit l'inflammation du bubon.

M. Malapert en rendait grâce à la vertu antisiphlitique du sel mercuriel ; mais on a vérifié que toute autre substance saline, dont l'action, comme celle du deuto-chlorure, n'est pas portée jusqu'à l'escarre, produit le même suintement, et provoque la résolution avec non moins de promptitude. Eh bien ! pourquoi ne pas convenir que c'est en provoquant l'excrétion que cette médication est utile ? Ne se rallie-t-elle pas à celle des purgatifs qui font échouer les phlegmasies modérées du tube digestif, en transportant l'irritation sur les organes sécréteurs, et noyant l'inflammation dans des flots de mucosités ? Sans doute elle s'y rattache, suivant nous ; elle a même sur la médication purgative l'avantage de pouvoir être poussée plus loin sans compromettre la vie. En effet, si la stimulation des purgatifs dépasse certaines bornes, si elle ne trouve pas les sécréteurs disposés à lui répondre, chose commune lorsqu'on débute par de violens purgatifs, dans plusieurs phlegmasies du tube digestif, sans avoir fait précéder les saignées, l'inflammation est exaspérée et peut exposer les jours du malade ; mais quel inconvénient à ce qu'il y ait surcroît d'inflammation dans un bubon inguinal ? on en est quitte pour y mettre des sangsues et des cataplasmes. S'y forme-t-il une escarre gangréneuse, il n'y aurait toujours que des désordres locaux qui ne compromettraient pas l'existence. On ne conçoit pas un médecin assez imprudent pour laisser pénétrer l'inflammation dans l'abdomen.

Ce succès de la stimulation excrétoire, pratiquée sur les bubons ne sera pas perdu pour la pratique : on en fera l'application aux tumeurs phlegmoneuses. Bientôt nous connaîtrons plusieurs médicamens qui auront la propriété de provoquer des suintemens plus ou moins copieux sur le derme dépouillé de son épiderme.

Déjà même on obtient des résolutions assez promptes de certaines tumeurs phlegmoneuses par les frictions mercurielles. Pour notre compte, nous avons plusieurs fois fait avorter des phlegmons formés entre les muscles des membres, jambes et bras, à la suite d'irritations rhumatismales, de contusions ou d'efforts, en faisant pratiquer dessus des frictions mercurielles après une forte application de sangsues. Eh bien ! cette friction est maintenant appliquée aux panaris. Un médecin vient de publier plusieurs observations du succès le plus complet, en exerçant sur le doigt panarisé des frictions avec de l'onguent mercuriel, même sans aucune émission sanguine préalable.

Comment opère le mercure dans ces sortes de cas ? Nul doute que, étant absorbé, il ne provoque dans les tissus vasculaires et aréolaires qu'il parcourt, un mode de sécrétion qui dénature et détruit le mouvement inflammatoire. Nous avons dit, *nul doute*, car toutes les fois que nous pouvons suivre de l'œil l'action du mercure, nous le voyons provoquer la sécrétion. Sans doute il se mêle aux liquides de la partie qu'il pénètre, et il les modifie aussi bien que la matière nerveuse du lieu dans lequel il parvient avec le sang ; mais quoi qu'il en soit, il faut toujours que, comme corps étrangers, que les tissus vivans sont pressés d'éliminer, il excite des excrétions, soit extérieures, soit interstitielles, et c'est par là qu'il devient le spécifique de l'inflammation et de la sub-inflammation.

Mais ces données ne suffisent pas pour fonder une pratique heureuse : il faut que l'observation vienne apprendre au médecin quelles sont les nuances de phlegmasies qui se prêtent avec avantage à la modification excrétoire, ce qu'il faut faire pour y disposer celles qui s'en trouvent d'abord exaspérées, quelles sont les parties du corps, les appareils, les organes dans lesquels cette tentative réussit le mieux, et à quelles conditions elle peut avoir du succès.

Or, cette observation, c'est celle des organes fonctionnant sous l'influence des modificateurs ; c'est comme si nous disions que c'est une étendue physiologique. Or, cette étude nous apprend une foule de faits que nous sommes ensuite obligés de disposer symétriquement dans notre mémoire, comme des *résultats de faits réduits en principes*. C'est donc de la théorie : et en effet, sans cela, nous ne pouvons pas obtenir deux succès de suite dans le traitement des maladies un peu graves.

Ce sujet étant important, nous avons le projet d'y revenir.

—

Plaie pénétrant profondément dans la poitrine, promptement guérie par des saignées abondantes et répétées. Observation rapportée par M. Barthélemy, D.-M. (1).

En 1827, le 2 juin, me trouvant à Aix en Provence, et m'amusant à faire des armes avec un de mes amis, je fus blessé grièvement, bien que les fleurets dont nous nous servions fussent boutonnés, et que je n'eusse négligé aucune des précautions qu'on prend ordinairement avant de se livrer à l'exercice de l'escrime. Voici comment eu lieu cet accident :

Dans une *botte* que me porta mon adversaire, le bouton de son fleuret s'étant cassé, son extrémité déboutonnée passa à travers le gilet de peau de buffle qui me couvrait la poitrine, et pénétra par l'aisselle droite dans sa cavité du thorax à une profondeur d'environ six pouces. On put apprécier la profondeur de la plaie par la trace de sang qu'on trouva sur la lame du fleuret. La douleur que je ressentis aussitôt dans le trajet de la blessure fut tellement vive, qu'il me semblait que je venais d'être foudroyé. On accourut aussitôt pour me secourir, mais on n'aperçut d'abord aucune trace de blessure. Ce qui paraîtra sans doute surprenant, c'est que la douleur était perçue beaucoup plus vivement à l'aisselle gauche qu'à la droite (par laquelle le fleuret avait pénétré), ce qui me fit d'abord supposer que l'arme m'avait traversé de part en part. On visita aussitôt l'aisselle gauche, mais on n'y vit rien qui pût faire supposer la présence d'une blessure ; cependant le fleuret de mon adversaire était teint de sang dans une étendue de six pouces, et d'ailleurs je ressentais des douleurs atroces au travers de la poitrine. On se livra à des recherches plus attentives, et l'on finit par découvrir sous l'aisselle *droite* une petite plaie de la dimension d'une lentille. Ce fut alors seulement qu'on songea à faire appeler un chirurgien. M. le docteur Labat, qui alors habitait Aix, se rendit aussitôt auprès de moi, et jugea qu'une ample saignée était indispensable. En effet, j'éprouvai un soulagement considérable aussitôt que le sang commença à couler ; et M. Labat voulant prolonger l'écoulement aussi long-temps que possible, sans déterminer trop promptement la syncope, qui aurait suspendu l'évacuation du sang, modéra un peu les premiers jets, de telle sorte qu'il obtint sans interruption une saignée de plus de trente onces. Je me sentis tellement soulagé, que je crus être en état de me rendre à la campagne, ce à quoi les personnes qui m'entouraient ne voulurent point consentir.

Une légère potion antispasmodique m'ayant été prescrite afin de combattre les spasmes qui m'oppressaient, j'en éprouvai un soulagement très-marqué ; je fus alors transporté chez moi en chaise à porteur.

Quoique cette forte saignée et la potion calmante m'eussent considérablement soulagé, j'avais néanmoins conservé un point douloureux à droite du sternum, au niveau du mamelon. Toutefois, je respirais librement, ce qui avait calmé mes inquiétudes sur la gravité de ma blessure ; mais il n'en fut pas ainsi lorsque je fus arrivé en mon logis ; les secousses du transport m'ayant beaucoup fatigué, mes douleurs s'accrurent rapidement et me causèrent une gêne considérable de la respiration.

M. le docteur Arnaud, médecin ordinaire de ma famille, s'étant réuni à M. Labat, voici quelle fut leur prescription, après que je les eus assuré que je n'avais point craché le sang. Diète sévère, boissons rafraîchissantes, repos absolu, défense de parler, application sur la plaie d'une petite compresse trempée dans une lotion astringente.

A l'instant où ces messieurs se disposaient à se retirer, ayant été pris d'un crachement de sang abondant, M. Labat insista sur l'indispensabilité d'une nouvelle saignée, qu'il me pratiqua à l'instant même. L'amélioration fut très-rapide. La journée fut calme ; mais vers le soir, je fus agité, j'eus une légère exacerbation fébrile.

Le lendemain de l'accident (le 3 juin), même état que la veille au soir ; les crachats étant encore striés d'un peu de sang, nouvelle saignée, diète, boissons tempérantes et lavemens émolliens, afin d'éviter des efforts pour aller à la garde-robe.

Le 4 juin, amélioration considérable. Mêmes prescriptions que la veille, à l'exception de la saignée.

Le 5 juin, mieux plus marqué ; désir de prendre quelques alimens ; légère teinte ictérique de la peau et des conjonctives, mais sans douleurs à la région du foie.

Le 6 juin, même état ; instances réitérées pour obtenir des alimens. On m'accorde une légère crême. Continuation des mêmes prescriptions émollientes.

Le 7, le 8 et 9 juin, on augmente graduellement la dose des alimens, bouillon, volaille, etc.

Le 12, mon appétit devenant intolérable, j'outrepassai la prescription qui m'avait été faite pour mon régime, ce qui faillit donner lieu à des accidens fâcheux.

M'étant alors décidé à ne manger que le peu d'alimens qui m'était prescrit, je sentis peu à peu les forces me revenir, ce qui me permit bientôt d'aller séjourner à la campagne, où je ne tardai point à me rétablir complètement.

Manière simple et facile de saisir la pierre dans la vessie, avec des instrumens lithotriteurs à percussion et à pression, par L. Labat, d.-m.

Ce temps de l'opération a été considéré avec raison comme le plus important et le plus difficile : on conçoit, en effet, qu'aussitôt que la pierre est convenable-

(1) Étant moi-même le sujet de l'observation suivante, il me sera plus facile qu'à tout autre de décrire les symptômes que j'ai observés et que j'ai ressentis.

ment saisi entre les deux branches de l'instrument, la percussion ou la pression nécessaires pour la broyer sont extrêmement simples à exécuter. Réduire l'appréhension des calculs vésicaux à deux principes fondamentaux, serait donc un grand service rendu à la lithotritie, partie importante de la chirurgie, que beaucoup de praticiens n'osent aborder, parce qu'ils la supposent hérissée de très grandes difficultés.

Après des recherches multipliées, voici quels sont les moyens de procéder, qui m'ont paru d'une exécution aussi sûre que facile pour saisir les pierres dans la vessie, lors même qu'elles seraient cachées dans le bas-fond de cet organe, et pour ainsi dire, retranchées derrière la prostate fortement engorgée.

L'injection préalable étant faite, et l'instrument lithotriteur introduit, on dirige son talon vers la partie postérieure et inférieure de la vessie, où se trouvent d'ordinaire les calculs. Dès l'instant que la pierre est touchée, il faut glisser légèrement sur son côté gauche ou droit, mais sans la perdre de contact, et en maintenant toujours le bec de l'instrument en haut, de telle sorte que le talon de l'instrument n'abandonne pas le côté de la pierre. Fixant alors la tige femelle avec la main gauche, et retirant en même temps la tige mâle avec la main droite, on ouvre l'instrument sans changer sa direction et ses rapports avec la pierre : on incline ensuite l'instrument vers le côté de la pierre, et ramenant aussitôt la tige mâle vers la tige femelle, le calcul gros ou petit se trouve inévitablement saisi ; on redresse ensuite l'instrument, et l'on procède à la pression ou à la percussion, soit alternativement, soit simultanément. Cela fait, on recommence de même à l'égard des fragmens de la pierre, que l'on suppose trop gros pour être expulsés avec les urines.

S'il existait une colonne ou une saillie quelconque vers la partie médiane du fond de la vessie, ainsi que cela s'observe assez fréquemment chez la femme, la pierre se trouvant alors du côté droit ou du côté gauche, c'est toujours vers le côté du calcul, correspondant au centre de la vessie, qu'il faut faire glisser le talon du lithotriteur ; on est presque assuré par ce moyen de ne pas déplacer le calcul et d'être dans la direction la plus avantageuse pour le saisir convenablement.

Voilà pour les cas ordinaires : il nous reste maintenant à décrire un second procédé pour saisir le calcul lorsqu'il est caché derrière la saillie produite par le lobe moyen ou portion transverse de la prostate engorgée.

Dans les cas de cette nature, parfois il arrive que la pierre est située si profondément derrière le col de la vessie, que les sondes et les instrumens lithotriteurs passent au-dessus du calcul sans même effleurer sa face supérieure. C'est dans ces circonstances qu'on fait exécuter un mouvement de bascule au malade pour déplacer le calcul et l'amener vers le sommet de la vessie. Toutefois, si malgré cette manœuvre la pierre n'était point délogée, et par conséquent ne pouvait être perçue et saisie, ainsi que nous l'avons indiqué, voici la manœuvre opératoire que j'ai imaginée pour aller saisir la pierre dans le bas-fond, où elle serait restée cachée.

On tourne le lithotriteur de manière à diriger son bec immédiatement en arrière du col de la vessie, où l'on ne peut manquer de rencontrer la pierre sur le sommet de laquelle il faut appuyer légèrement la pointe de l'instrument ; saisissant alors la tige femelle avec la main gauche, on pousse son extrémité vésicale un peu au-delà du calcul (2 ou 3 lig.), tout en ayant soin de maintenir immobile la branche mâle dont le bec étant un peu plus court que celui de l'autre branche, a besoin d'être aussitôt abaissé d'une ligne environ, afin de se trouver en rapport immédiat avec le sommet de la pierre que vient d'abandonner la branche femelle. Cela étant ainsi, on tire à soi la branche mâle qui refoule en avant le col de la vessie ; on fait plonger le bec de ces deux tiges dans le bas-fond de la vessie, et rapprochant aussitôt les deux mors de l'instrument comme si l'on voulait le fermer, la pierre se trouve saisie, quelle que soit sa forme, sa petitesse, sa grosseur, et quelle que soit aussi la profondeur de l'excavation où elle est logée.

Les deux temps opératoires que je viens de décrire sont si faciles à comprendre lorsqu'on les voit pratiquer, qu'il m'est constamment arrivé, après deux ou trois essais, de les rendre familiers à chacun des médecins qui suivaient mes démonstrations sur la lithotritie. Je citerai, entre autres, M. le professeur Lallemand, M. Dieffenbach, M. le docteur Fisher, M. Thomson et M. Philips, qui, après une seule séance, ont pu saisir les calculs, quelle que fût leur position, et les broyer avec facilité.

(Dans un prochain article, je décrirai les principes d'après lesquels il faut se guider pour saisir les calculs vésicaux, avec les instrumens perforateurs.)

Combien il est important de diminuer l'irritabilité des yeux, avant de procéder à l'opération de la cataracte ou de la pupille artificielle Par L. Labat, docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte.

Après avoir long-temps recherché les causes probables des nombreux insuccès qui suivent ces deux opérations délicates, j'ai eu lieu de me convaincre qu'on doit surtout les attribuer aux difficultés d'exécution que présente l'excessive irritabilité des yeux. Ainsi, dans les cas dont il s'agit, il ne suffit pas d'être habile opérateur ; mais il faut encore pour que cette habilité opératoire puisse être d'une heureuse application, il faut, dis-je, que l'organe oculaire soit convenablement disposé au genre d'épreuve qu'il doit subir.

Lecat avait raison de dire que l'œil était une vraie papille nerveuse. En effet, son appareil de sensibilité est tellement développé, proportionnellement au petit volume de l'organe, ses perceptions sont si vives et sa mobilité si rapide, qu'il est facile de prévoir combien les appréhensions de la douleur doivent accroître son

irritabilité normale au moment où il va subir une opération. J'ai vu nombre de malades qui ont renoncé aux bienfaits d'une opération de cataracte ou d'une pupille artificielle, par la seule raison qu'ils ne pouvaient maîtriser un état presque convulsif des muscles de l'œil, circonstance beaucoup plus grave qu'on ne le pense généralement (1). L'exemple suivant démontrera beaucoup mieux l'utilité de ces principes, que ne pourrait le faire leur exposition la plus méthodique et la mieux détaillée.

M. Henri Vacquant, âgé de soixante-deux ans, domicilié à Paris, rue des Fossés-St-Victor, n° 21, fut atteint en 1829, par suite d'une forte ophthalmie, d'une double cataracte cristalline et membraneuse; ses yeux petits et enfoncés étaient d'une telle irritabilité, qu'il suffisait de toucher les paupières avec le bout des doigts pour que le globe oculaire fût aussitôt agité dans tous les sens et avec une rapidité surprenante. Ce n'était pas que le malade appréhendât la douleur; bien au contraire, il désirait ardemment être opéré et ne voulait pas même attendre que ses cataractes fussent complètement formées. Ce fut dans ces circonstances qu'il se rendit à l'Hôtel-Dieu pour y recevoir les soins de M. Dupuytren.

Le malade n'ayant eu ni pause, ni fin qu'il n'eût obtenu la promesse d'être promptement débarrassé de sa cataracte, M. Dupuytren pratiqua sur l'œil droit l'opération par abaissement, opération qui ne put réussir à cause des grandes difficultés que dût présenter l'extrême irritabilité de l'œil.

Le cristallin fut abaissé et convenablement logé dans le corps vitré; mais sa capsule semi-opaque n'ayant pu être saisie ou détachée, le malade, après avoir beaucoup souffert et gardé long-temps le lit, où il fut saigné, etc., sortit de l'hôpital sans avoir recouvré la vue.

Découragé par cet insuccès et jugeant avec une apparence de raison que son affection devait être incurable, puisque le plus célèbre chirurgien de Paris n'avait pu le guérir, M. Vacquant en avait pris son parti et ne songeait plus à réclamer les secours de la chirurgie. Il resta ainsi durant près d'une année et très probablement se trouverait encore dans le même état, si madame la comtesse de L***, qui portait un vif intérêt à ce malheureux, ne me l'eût présenté pour connaître si, en effet, il n'y avait plus rien à espérer d'une seconde opération. Au premier abord, je partageai une partie du découragement de M. Vacquant, pensant que le cas devait être d'une extrême difficulté, et peut-être même insurmontable, puisque les soins du plus habile des opérateurs avaient complètement échoué. Néanmoins, songeant aux précieux avantages que j'avais retirés d'une préparation préalable de l'œil, pour diminuer son irritabilité et l'habituer au contact des instrumens, je ne désespérai pas d'*apprivoiser* celui-ci, quoique par suite d'un premier insuccès, il n'eût fait que renchérir d'excitabilité et de mouvemens convulsifs.

Voici comment je m'y pris dans cette occurrence :

1° Je me bornai d'abord à appliquer les doigts sur les paupières de l'œil que j'avais l'intention d'opérer, c'est-à-dire celui du côté gauche;

2° Les jours suivans je maintins la paupière supérieure élevée, et de temps à autre j'appliquai légèrement la pulpe du doigt indicateur sur la cornée;

3° Plus tard, je soulevai la paupière supérieure avec l'élévateur de Pellier, et je passai à différentes reprises un pinceau à miniature tantôt sur la cornée transparente, tantôt sur la partie de la conjonctive correspondant à la sclérotique;

4° J'en vins enfin à appliquer sur toute la partie antérieure du globe oculaire un *ophthalmostat* dont j'augmentais ou je diminuais alternativement la compression, afin d'user peu à peu la sur-irritabilité oculaire qui, de temps à autre, tendait encore à se manifester;

5° J'arrivai au point d'appliquer en même temps que l'*ophthalmostat* le plat de la lame du couteau à cataracte, que je faisais glisser légèrement sur la cornée transparente; parfois même je l'y laissais séjourner quelques secondes;

6° En dernier lieu, et au bout d'un mois de peines et de soins, j'étais parvenu par gradations bien ménagées, à pouvoir pincer légèrement la conjonctive avec la pointe d'une aiguille à cataracte, sans que l'œil fît le moindre mouvement et sans presque faire éprouver ni rougeur, ni douleur, ni même de larmoiement. Je crus alors avoir complété l'éducation de l'œil et l'avoir rendu apte à l'opération que j'avais l'intention de pratiquer.

J'eus lieu, en effet, de me féliciter de la continuité que j'avais mis dans tous ces soins préparatoires. Les yeux de M. Vacquant, qui étaient primitivement si irritables, avaient acquis un tel degré de quiétude, que le 27 octobre 1832 (assisté de M. H. de Montègre, chirurgien militaire), ayant opéré par abaissement la cataracte de l'œil gauche, cet organe resta à peu près immobile durant l'opération. Je pus, après avoir retiré mon aiguille à cataracte de l'intérieur de l'œil, l'y introduire de nouveau pour aller détacher quelques lambeaux de la cristalloïde antérieure qui était opaque et adhérente à la marge pupillaire; je roulai cette membrane sur elle-même, et sans la moindre difficulté je la placai en totalité sous le cristallin que j'avais profondément déprimé, je terminai enfin tous les détails de mon opération sans que l'œil, originairement si irritable, exécutât des mouvemens assez marqués pour nuire à l'action de mon instrument.

M. Vacquant vit clairement aussitôt après l'opération;

(1) Ayant négligé de prendre cette précaution chez un vieillard cataracté, qu'en 1827 j'opérai à Aix, par extraction, les contractions spasmodiques des muscles de l'œil devinrent si vives et si douloureuses immédiatement après l'opération, que la totalité de l'humeur vitrée fut lancée avec violence sur la joue correspondante à l'œil de l'opéré. Je ne crois pas qu'il existe un seul chirurgien oculiste qui, par le seul effet de l'excessive irritabilité des muscles oculaires, n'ait eu à déplorer quelques cas analogues après l'opération de la cataracte par extraction la plus habilement pratiquée.

mais je me hâtai de recouvrir son œil et de fermer les volets de l'appartement, afin que l'excitation causée par la lumière ne causât point une irritation trop vive sur la rétine. L'opéré se rendit dans son lit et s'y coucha la tête très-élevée; il fut soumis à la diète, au repos, à une boisson gommée et au silence absolu. Peu à peu les alimens lui furent accordés; on lui permit d'ouvrir les yeux, sur lesquels je n'avais fait aucune application topique. Enfin, quatre jours après l'opération, M. Vacquant sortit de son lit, et peu de temps après de son appartement, jouissant d'une bonne vue qui lui permet de lire les éditions les plus petites, d'écrire couramment et de vaquer à toutes ses affaires, comme le ferait une personne de son âge, qui n'aurait jamais éprouvé la moindre altération de la vue.

Tel est l'heureux résultat que j'ai obtenu dans cette circonstance et dans un grand nombre de cas analogues, des soins préparatoires tendant à diminuer la sur-irritabilité de l'œil.

Cette précaution m'a également réussi pour pratiquer la pupille artificielle, opération des plus délicates, qui nécessite une précision extrême dans tous les mouvemens que l'on est obligé de faire exécuter aux divers instrumens qu'on introduit dans l'œil. J'ai toujours eu lieu de m'en féliciter toutes les fois que les malades se sont soumis complaisamment à mes essais préparatoires.

Les principes que je viens d'exposer sont également applicables à quelques autres opérations, et notamment à celles qu'on pratique sur la vessie. Je tiens du célèbre Astley-Cooper et de M. Amussat, que les opérations de la taille ne leur ont jamais mieux réussies que lorsqu'ils avaient eu soin d'habituer les parois vésicales au contact réitéré du bec de la sonde. On doit avoir en vue, dans ces circonstances (en ayant soin d'user de beaucoup de ménagemens), de diminuer l'irritabilité de la vessie, en l'habituant graduellement au contact des instrumens.

Nous ne terminerons point ces considérations générales sur les dispositions préparatoires de l'œil qui doit être opéré, sans rappeler ici que le complément des conditions les plus favorables au succès des opérations de cataracte, de pupille artificielle et autres analogues, consiste dans l'emploi d'un traitement antiphlogistique très-énergique. Le repos, l'obscurité complète, la diète absolue, les boissons adoucissantes, les saignées générales, les sangsues sous l'angle de la mâchoire inférieure, et puis après, les révulsifs sont les seuls moyens de combattre l'inflammation oculaire, qui, si elle était attaquée trop timidement pourrait enrayer les résultats de l'opération la mieux pratiquée (1).

(1) On peut consulter pour plus de détails sur ce point important de la *thérapeutique oculaire*, le travail que j'ai publié dans le numéro des *Annales*, Septembre 1831.

MORSURE DE VIPÈRE.

Observation communiquée par M. le docteur PIQUET, *pratiquant à Exideuil* (Dordogne).

Le nommé M***, travaillant dans un bois, se sentit piqué au-dessous de la malléole externe du pied gauche; il aperçut alors près de son pied un reptile petit et jaune, dit-il: la piqûre était si légère, qu'il ne savait point si c'était le serpent ou une petite épine. Il continua à travailler sans aucune douleur, mais au bout d'une demi-heure, les douleurs commencèrent à se faire sentir dans la plaie; elles montèrent dans la cuisse, et de là elles se propagèrent dans le ventre, ensuite dans la poitrine, et puis dans la tête. Il s'ensuivit de violentes coliques, des envies de vomir, des vomissemens de matières porracées, des palpitations pénibles, des suffocations et des faiblesses fréquentes; au milieu de ces phénomènes strangulaires, déglutition impossible, rougeur vive du pharynx, de la membrane muqueuse, de la bouche; gonflement considérable des lèvres, pâleur livide de la face, la peau luisante, céphalalgie, pouls petit, facile à déprimer. Il n'y avait point d'enflure au pied. Ayant fait faire des frictions sur la face, et les lèvres avec un liniment ammoniacal, au bout d'un quart-d'heure, le gonflement avait sensiblement diminué; le malade fut ensuite plongé dans un bain chaud, dans lequel il resta une heure et demie. Dans le bain, la déglutition commença à se faire, et le lendemain tous les symptômes alarmans avaient disparu, il ne restait qu'un œdème du pied et de la jambe survenu pendant la nuit, et qui dura cinq à six jours.

J'ai vu deux autres malades qui ont présenté absolument le même état. Seulement, chez l'un des deux, les symptômes étaient moins intenses, probablement parce qu'il s'était fait une ligature à la jambe d'abord après la piqûre. Chez celui-là, l'œdème était très-considérable; le membre conserva un volume énorme pendant plus de quinze jours; le ventre resta aussi ballonné pendant le même espace de temps. Il n'y eut jamais de fièvre après les premiers accidens. Le malade conserva l'appétit, et la digestion ne fut jamais troublée.

Il me dit aussi qu'il avait été piqué par un serpent petit et jaune.

Ces trois faits ont été observés dans l'espace de deux mois. J'ai interrogé des praticiens qui exercent dans ces contrées depuis plus de trente ans, ils m'ont assuré n'avoir rien rencontré de semblable.

Observation communiquée par M. Boys de Lorry, *chirurgien de St-Lazare.*

RHINORAPHIE.

Marie Hérin, âgée de dix-huit ans, tomba sur la tête dans sa première enfance; son nez fut fendu sur le dos

à sa partie moyenne et inférieure; il y resta une cicatrice blanche, irrégulière et formant un enfoncement; cette cicatrice avait un demi-pouce d'étendue, se prolongeant un peu au-dessous. Cette légère difformité faisait remarquer Hérin partout où elle se présentait, et lui avait procuré le sobriquet de *nez fendu.*

Je proposai à cette jeune fille de faire disparaître cette cicatrice; étant entrée à Saint-Lazare pour une autre affection, je la préparai par un léger purgatif, et le 11 octobre, je procédai à cette petite opération de la manière suivante:

Je fis avec un bistouri à lame courte et convexe sur le tranchant une incision elliptique en dehors de la cicatrice, et s'étendant un peu au-dessus et au-dessous, de manière à ce que l'ellipse fut fort allongée. Cette incision n'intéressait que la peau; le lambeau, saisi avec des pinces, fut entièrement détaché des cartilages sur lesquels il était appliqué; puis, pour donner plus de facilité à la peau de s'allonger, je passai la lame du bistouri au-dessous du bord de l'incision, pour détacher la peau dans une étendue d'une ligne des parties sous-jacentes.

Cette plaie fut lavée à l'eau froide jusqu'à ce que le sang, qui coulait peu abondamment, fut entièrement arrêté; alors huit épingles, semblables à celles de M. Dieffenbach (1), furent passées dans les bords des deux incisions, bien parallèlement entre elles, entrant à environ une demi-ligne, et sortant à la même distance de l'incision. Ces épingles étaient éloignées les unes des autres d'une ligne de distance. Un fil a été passé sur elles à mesure qu'on les plaçait, tourné plusieurs fois sur elles, et serrant assez la peau pour que les deux bords de la plaie fussent en contact parfait. Les épingles ont été coupées pour n'en laisser que ce qu'il fallait pour retenir les fils.

Cette opération, très-peu douloureuse, fut faite en quelque instans; à peine était-elle terminée, que la malade ne souffrait plus, et l'on eut beaucoup de peine à la tenir tranquille; voulant à toute force montrer son nez orné d'épingles à tout le monde. Cependant on parvint à la tenir tranquille dans son lit, et à l'empêcher de parler. On lui donna dans la journée un verre d'eau de Sedlitz, une tisane de chiendent; la malade se bassina le nez avec de l'eau de guimauve; bains de pieds sinapisés le soir, diète complète.

La malade ne se plaignait le lendemain d'aucune douleur; elle n'a pas ressenti la moindre fièvre; le nez était rouge et un peu gonflé; pas de suppuration; les bords de la plaie en contact parfait entre les épingles. On continua la diète, un verre d'eau de Sedlitz; pansement avec l'eau de guimauve.

Toutes les épingles furent retirées le troisième jour avec la plus grande facilité; aucune ne tenait dans la peau. On laissa seulement les fils qui tenaient un peu; on plaça plusieurs bandes de diachylon gommé, larges d'une ligne seulement, de manière à retenir le plus possible les bords de la plaie en contact; le nez toujours rouge et peu tuméfié fut pansé avec l'eau de guimauve; on permit à la malade trois potages; on supprima l'eau de Sedlitz.

Le quatrième jour, une partie des fils se sont détachés; les endroits où les épingles étaient passées présentaient de petites ulcérations; le nez a diminué de volume; sa rougeur est moindre. On continue à appliquer méthodiquement des bandes minces de diachylon: on commence à faire laver la plaie avec l'eau blanche; on continue ce pansement pendant dix jours; on donne d'un jour à l'autre un verre d'eau de Sedlitz; les petites ulcérations se remplissent et se cicatrisent. La malade sort quinze jours après l'opération; son nez est encore un peu rouge, mais tout est entièrement cicatrisé; il ne reste plus de l'opération qu'une trace linéaire, qui, sans doute, sera encore bien moins apparente lorsque plus de temps se sera écoulé.

(1) Petites épingles à insectes.

REVUE

de quelques Musées anatomiques de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la France; par Ch. Martins, D.-M.

(Analyse.)

Ayant visité les Musées de Heidelberg, Strasbourg, Londres, Oxford, M. Martins a rassemblé dans un même cadre des faits épars, disséminés dans les journaux étrangers. En le publiant dans notre langue et en augmentant ce mémoire de ses propres observations, ce médecin a atteint un but utile, puisqu'il fait connaître des travaux qui étaient perdus pour la plupart de nos lecteurs.

M. Martins passe d'abord en revue le Musée de Heidelberg, enrichi par les travaux de Tiedemann, Fohmann (1), Arnold.

Dans la salle consacrée à l'anatomie humaine, on remarque des dissections de l'œil depuis les bulbes des cils jusqu'aux couches du cristallin; les nerfs et les ganglions sont chacun l'objet de deux préparations; parmi les lymphatiques (2) injectés, il existe une collection

(1) Actuellement professeur d'anatomie à l'université de Liége.

(2) M. Fohmann, par ses nombreux travaux, a fait du Musée de Liége un des plus riches et des plus beaux que l'on puisse voir, quant aux préparations des vaisseaux lymphatiques; dans ses belles leçons d'anatomie, ce savant professeur a répété sous nos yeux les expériences rapportées dans son travail sur la communication des vaisseaux lymphatiques avec les veines: les injections des systèmes lymphatiques des poissons, qu'il a publiés en 1825 sont encore dans le Muséum; dans ces deux dernières années, il a fait paraître une série de mémoires qui contiennent des vues tout-à-fait neuves sur la présence de ces vaisseaux dans les tissus.

Son habileté pour les injections lui a démontré la possibilité

des différentes variétés du canal thoracique dans sa partie supérieure, avant de se verser dans la veine sous-clavière gauche.

Ce Musée est riche en variétés artérielles, qui ont servi au grand ouvrage de M. Tiedemann; la collection d'anatomie pathologique est loin d'être complète, et ne saurait l'être à cause de la petitesse de l'hôpital.

Musée de Strasbourg.

Les travaux de MM. les professeurs Lobstein, Gustave et Alexandre Lauth, Ehrmann, Aronsohn, l'ont considérablement enrichi. Dans l'espace de cinq années, il reçut neuf cent dix pièces, sur lesquelles près de six cents sont consacrées à l'anatomie pathologique.

Parmi les variétés artérielles de ce Musée, M. Martins cite une crosse de l'aorte se bifurquant pour se réunir ensuite, et formant ainsi un anneau qui contenait l'œsophage et la trachée-artère.

Il fait aussi mention de deux cas d'invagination. Dans l'un, la fin de l'iléon, la valvule iléo-cœcale, le colon transverse et une partie du colon gauche s'invaginèrent dans le rectum, au point que le cœcum et l'appendice vermiforme se trouvaient à quatre travers de doigt de l'anus, et donnaient la sensation d'un polype entouré d'un rebord d'intestin.

« Je terminerai, ajoute M. Martins, en citant deux préparations auxquelles se rattache un intérêt historique. C'est un lobe de poumon, dont les bronches ont été injectées au mercure, et les artères au cinabre par Reiseisen. On y voit évidemment les tuyaux bronchiques se terminer en grappe de raisin, mais sans renflement, tandis que les vaisseaux se ramifient à leur surface. Une autre est un fémur d'enfant injecté par Ruisch, par lequel il est démontré que les artères nourricières se distribuent à la moelle et à ses enveloppes, tandis que l'os est nourri par les artérioles qui traversent le périoste. »

En Angleterre, beaucoup de particuliers possèdent de fort belles collections d'anatomie.

Celle de M. Astley Cooper est la plus riche du monde pour les maladies des testicules et les préparations de cet organe à l'état normal.

Dans le Musée d'Oxford, la pièce la plus singulière est un pied de chinoise, déformé dès l'enfance par des chaussures étroites; il a quatre pouces de long, et tous les orteils placés sur une même ligne forment la moitié antérieure du bord externe du pied, de façon que le gros orteil se trouve seul à l'extrémité, tandis que le petit orteil est à deux pouces seulement du bord postérieur du talon.

Les deux hôpitaux de Londres qui possèdent les collections les plus précieuses, sont Saint-Thomas et Guy's Hospital.

Musée de Saint-Thomas Hospital.

D'un côté de la grande Salle, sont rangées les préparations d'anatomie normale; de l'autre celles d'anatomie pathologique.

Dans les maladies des os, on remarque une fracture de l'humérus qui ne s'était pas réunie parce qu'une petite portion d'os s'était interposée entre les deux fragmens. Sur seize cas de fracture du tibia, le fragment supérieur chevauche sur l'inférieur, et est coupé en biseau aux dépens de la face interne du fragment inférieur.

Un flacon contient une once d'oxide de fer, obtenu par la combustion du sang d'un homme.

Anomalie artérielle.

Sous le numéro 237, on conserve une crosse de l'aorte qui fournit de droite à gauche 1° la carotide droite; 2°

---

de faire pénétrer du mercure jusque dans leurs premières radicules. Par ces belles injections il a prouvé que les lymphatiques naissent presque toujours par des anastomoses, et non par les extrémités libres, et surtout que les extrémités n'ont pas de bouches béantes comme l'ont dit Meckel et Boerhaave, « que les communications entre ces systèmes ne se bornent pas aux gros troncs, des régions claviculaires; mais qu'elles comprennent aussi les anastomoses, ses radicules les plus ténues sur divers points du corps. »

Les mémoires qu'il vient de publier contiennent des planches qui représentent exactement les résultats de ses belles injections. Voici les sujets qu'il a traités :

Les vaisseaux lymphatiques du placenta et du cordon ombilical, de la peau du sein, du scrotum, de la verge, du gland, de la muqueuse de l'estomac, de l'iléon, du colon, de la membrane muqueuse de la langue, du larynx, de la trachée et des bronches, de la vessie urinaire et de l'urètre, des lymphatique, des enveloppes séreuses du cœur, de la plèvre recouvrant le diaphragme, enfin les lymphatiques de l'arachnoïde et de la pie mère.

Dans son premier mémoire, M. Fohmann examine l'ouvrage de Lippi, couronné en 1829 par l'Académie des Sciences. Il démontre que Lippi s'est trompé dans ses injections, qu'il a pris des veines pour des vaisseaux lymphatiques.

Après avoir passé en revue et suivi dans sa marche le travail de l'anatomiste italien, il termine sa critique spirituelle par la citation d'un fait qui paraîtrait incroyable si notre célèbre Académie des Sciences n'y avait donné sa sanction en lui décernant les honneurs académiques.

« Enfin, dit M. Fohmann, quant à ce qui concerne les deux corpuscules marqués O, que Lippi donne à sa figure qui représente les rapports dont nous venons de parler, corpuscules qu'il fait passer pour des glandes absorbantes, ils n'appartiennent nullement aux glandes sans canaux excréteurs, mais ne sont autre chose que des testicules. Lippi ignore donc ce que tout le monde sait, c'est-à-dire que les oiseaux ne possèdent que deux glandes lymphatiques qui sont situées au cou, mais non pas dans la région abdominale. Une inexactitude si légère ne doit pas étonner chez Lippi, qui, pour demeurer conséquent, pour ne rien affirmer de vrai, se permet de substituer des testicules à des glandes *absorbantes*. »

la carotide gauche; 3° la sous-clavière gauche; 4° la sous-clavière droite.

Toutes les préparations qui servent de base à l'ouvrage de Travers sur la ligature des artères sont déposées dans ce cabinet.

Deux préparations de sir Astley Cooper prouvent que si on lie sur des chiens l'aorte abdominale, la circulation se rétablit très-bien par les rénales, par les lombaires et les mammaires.

M. Travers ayant laissé pendant vingt-cinq jours une ligature appliquée sur la veine jugulaire d'un cheval, la trouva oblitérée dans l'espace d'un pouce au moins, et au-dessous de l'oblitération, un coagulum de sang de la grosseur d'une noix, qui remplissait tout le calibre du vaisseau.

Ce qui étonne le plus M. Martins dans sa visite au *Musée de Guy's Hospital*, c'est une collection de maladies de la peau modelées en cire, et qui représentent la nature avec une vérité étonnante.

MUSÉUM DE HUNTER.

Pour voir ce Musé en détail, il faudrait lui consacrer au moins trois semaines, car on y trouve de l'anatomie humaine, de l'anatomie pathologique et de l'anatomie comparée. Au fond de la salle, se trouve le squelette d'un Irlandais qui n'avait pas moins de huit pieds anglais, et une préparation très-bien faite du bassin de l'individu, sur lequel la ligature de l'iliaque interne fut pratiquée pour la première fois avec succès par M. Stephens, présente, outre son intérêt historique, des vaisseaux de nouvelle formation qui servirent à rétablir la circulation.

Puisse cette esquisse, toute imparfaite qu'elle est, répandre parmi nous le goût des voyages d'instruction. Paris est sans contredit un centre scientifique sans égal; mais les richesses de la capitale seraient susceptibles d'être accrues, et nous pouvons encore trouver à acquérir à l'étranger ; cette revue en est, ce me semble, une preuve évidente.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

DÉCEMBRE 1834.

OBSERVATIONS

Communiquées à la Société homœopathique gallicane, le 16 septembre 1834; par le Dr. Peschier, secrétaire de la dite Société.

Pleurésie, pneumonie.

Mme N...., âgée de 23 ans environ, nourrice tempérament sanguin, toussant depuis plusieurs jours, fut prise dans l'après-midi d'un point pleurétique extrêmement violent, dont la douleur lui faisait pousser un cri à chaque accès de toux. Je fus appelé auprès d'elle à 9 1/2 heures du soir; je la trouvai assise dans son lit, angoissée, toussant à chaque instant, ayant le pouls dur et fréquent, la face très-rouge et la tête fort douloureuse. Je lui donnai un seul globule *aconit*, annonçant que vers les deux heures de la nuit elle serait soulagée, après néanmoins une augmentation du point et de l'angoisse.

Le lendemain, à 8 heures du matin, je trouvai la malade dormant du sommeil le plus paisible; et j'appris qu'ainsi que je l'avais prédit, depuis deux heures le point s'était abaissé avec la toux, et que la malade avait pu se coucher et s'endormir : dès qu'elle se réveilla, celle-ci demanda à manger; je le lui permis aussi bien que de reprendre immédiatement son travail, et de mettre son enfant au sein; elle était guérie, parfaitement guérie; elle n'a usé d'aucun autre remède.

Une cuisinière, âgée de 25 ans, fut prise d'une affection catarrhale générale, avec vives et constantes douleurs de tête, soif, dyspnée, chaleur à la peau, angoisses continuelles, douleurs et brisure des extrémités, constipation, urines rares et rouges; elle se croyait dans le plus grand danger, et ses alentours partageaient son opinion. Je fus appelé au troisième jour de cette maladie, dont l'intensité croissait incessamment; un seul globule *aconit* forma tout le traitement; dès le lendemain la céphalalgie avait cessé, la transpiration s'était établie, les douleurs des membres avaient disparu, le ventre s'était ouvert, les urines avaient repris leur couleur naturelle, la malade demandait de la nourriture, qui lui fut accordée; le troisième jour après l'*aconit* elle était à ses affaires.

Le fait suivant est le plus étonnant que j'aie rencontré.

Frédéric Besson, manœuvre, probablement peu sobre, fut saisi à son ouvrage d'une violente hémoptysie; on le transporta chez lui où on le fit saigner. L'hémorrhagie ne s'arrêtant point, je fus appelé 24 heures après la saignée : je trouvai le malade crachant à pleine bouche le sang dont son vase de nuit était à moitié plein; sa face était très-rouge, les yeux paraissaient vouloir sortir de leurs orbites, la toux le tourmentait, et un point violent qui, partant du côté gauche de la poitrine atteignait le côté droit, le forçait à s'étreindre très-fortement le corps avec les bras, à chaque accès de toux, pour en diminuer la douleur; tous les alentours du malade désespéraient de lui.

Saisissant un court intervalle entre deux sputations de sang, je lui donnai une dose *aconit*, et prescrivis de l'eau pure pour boisson, interdisant tout autre remède externe ou interne. Quatre heures de temps après je revis le malade; l'hémorrhagie était arrêtée, les crachats n'étaient que de la salive sanguinolente, la fièvre avait beaucoup baissé, la toux avait diminué; le point seul persistait; *aconit* ayant à peu près terminé son action, je donnai *pulsatilla;* Besson ne pouvait pas encore se coucher. Cinq heures après, 9 heures du soir, je le vis de nouveau; il était couché, dans ses draps, ne toussant ni ne crachant, baigné dans une transpiration agréable, et ne se plaignant que de la soif. Je fis mettre à côté de son lit deux grands pots d'eau, pour qu'il en pût boire suivant son désir, et dis qu'il était inutile de le veiller, parce que la nuit serait bonne.

Le lendemain matin, à 9 heures, je le trouvai habillé, assis près de sa fenêtre, ayant passé une nuit excellente, ne sentant aucun mal, et me demandant la permission de s'aller promener; je la lui accordai ainsi que celle de manger modérément.

Le troisième jour, il était disposé à aller travailler; mais c'était jour de fête, il alla au cabaret.

Certes c'est là une des guérisons les plus rapides, les plus étonnantes dont on puisse entendre parler. Des docteurs allopathes, auxquels je racontais le cas, interrogés sur le temps requis d'après la méthode de l'école pour le guérir, me répondirent qu'il faudrait trois semaines. On vient de voir qu'avec l'homœopathie un jour avait suffi, convalescence comprise. Mais aussi quelle exacte ressemblance entre les symptômes (de 268 à 302) de l'*aconit* et ceux qu'offrait F. Besson! Et quel moyen d'hésiter dans l'administration de ce précieux remède, lorsqu'on a lu et qu'on possède un peu la matière

médicale pure! Là où une saignée de vingt onces n'avait rien fait pour arrêter une hémorrhagie, une seule dose imperceptible de granules imbibés d'alcool *aconité* X, a suffi pour sauver le malade!!

Le jeune Kimmerling, âgé de 10 ans, né de père et de mère chez lesquels les affections inflammatoires sont fréquentes et violentes, fut saisi d'un épistaxis (saignement de nez) très-copieux, le sang coulant à fil continu; appelé le soir, après trois heures de cette hémorrhagie, je trouvai le malade atteint d'une fièvre très-forte; le pouls battait plus de 120, et les carotides étaient violemment agitées; je donnai une dose d'*aconit*, et en laissai une autre dans un verre d'eau dont l'enfant devait prendre une cuillerée à café toutes les trois heures; durant la nuit, l'épistaxis diminua, mais la fièvre persista; le remède fut administré très-exactement. Le lendemain, l'épistaxis reparut de temps en temps, la fièvre continuant; rien ne fut changé au remède. Le troisième jour, la fièvre s'abaissa, l'épistaxis cessa, et l'enfant fut tranquille. Le quatrième jour, la guérison fut presque complète: tout remède fut cessé; aucun autre n'a été employé plus tard. Les parens qui avaient regardé leur enfant comme perdu, ont considéré cette guérison comme une seconde naissance.

La mère de ce malade, à la suite de ce tourment et des veilles qu'il avait occasionnées, fut atteinte de fièvre très-violente avec cruelles douleurs de tête, battemens de carotides, langue rouge et sèche, chaleur brûlante de tout le corps, prostration totale des forces, inappétence absolue, bientôt après insomnie complète (agrypnie), agitation; puis rêveries, lèvres sèches se couvrant de mucosités grises, *lentores* aux dents, soubresauts continuels des tendons; tous les symptômes, en un mot, d'une affection typhoïde bien prononcée, laquelle a atteint un degré si grave, que la mort de la malade était attendue d'une heure à l'autre. *Nux* et *aconitum*, avec de l'eau fraîche, ont fait seuls les frais de cette terrible maladie, dont la guérison s'est manifestée vers le onzième jour, la malade ne conservant aucun souvenir de ce qui s'était passé.

La jeune R., âgée de 11 ans, fut atteinte d'un très-violent épistaxis, qu'aucune application externe n'avait pu modérer, lorsque je fus appelé après plusieurs heures de durée. Lui trouvant le pouls fort et très-fréquent, je lui donnai *aconit.*, qui opéra avec une très-grande rapidité, ensorte que l'épistaxis fut arrêté peu de momens après ma visite.

Le même fait s'est répété dans ma pratique plusieurs fois avec un succès aussi certain que prompt.

Croups.

Depuis quelques années, les croups sont devenus rares à Genève; je n'ai été appelé que pour un petit nombre.

L'enfant Bl., très-disposé depuis sa naissance à l'inflammation, fut pris d'une douleur au larynx avec difficulté d'avaler, de crier et de tousser; pleurant chaque fois qu'il devait exécuter un de ces actes. — Je ne reconnus pas là un croup confirmé, mais je craignis un croup naissant; je donnai *aconit.* : au bout de peu d'heures l'enfant fut complètement délivré. Cette expérience thérapeuthique a été répétée avec le même succès.

L'enfant Guld... fut atteint, à son premier sommeil, d'une affection laryngée, portant tous les caractères connus du croup; à 9 1/2 heures du soir, je lui donnai *aconit.*; vers minuit, tous les symptômes disparurent : le traitement fut terminé.

Affections typhoïdes.

Le jeune Maréchal, âgé de 10 ans, était atteint d'une fièvre typhoïde déjà confirmée, lorsque je fus appelé; douleurs de tête, sécheresse du nez, langue rouge aride, lèvres sèches, noirâtres; anorexie absolue, douleurs de ventre, chaleur sèche de la peau, prostration complète des forces, insomnie, embarras de la langue, cris fréquens, diarrhée, urines foncées; *aconitum*, *nux* et *rhus*, en sept jours, firent disparaître tous les symptômes.

Dans le même temps et le même lieu, le jeune Jaquemin, à peu près du même âge, atteint de la même maladie, mais à un degré encore plus violent, traité en commun par M. Chuit et moi, fut guéri par l'emploi des mêmes remèdes; tandis que, autour de ces malades, d'autres succombaient au même fléau, quoique traités avec tout l'appareil de l'allopathie.

Ces succès ne se sont point démentis dans d'autres cas pareils, et plusieurs affections typhoïdes se sont guéries par l'emploi méthodique des mêmes moyens si simples, auxquels je n'ai ajouté que l'*eau fraîche* pour boisson, et les lavages froids sur tout le corps.

Roideur presque tétanique.

Je fus appelé, à dix heures du soir, auprès du sieur Roch, âgé de plus de 50 ans, lequel, à la suite d'un refroidissement, était atteint d'une roideur douloureuse de toute la colonne vertébrale et des membres; ensorte qu'il ne pouvait ni tourner la tête pour me regarder, ni me donner la main pour lui tâter le pouls; la peau était sèche, le pouls dur et il y avait soif. Je donnai un seul globule d'*aconit*, et prescrivis l'eau pour boisson. Très-curieux d'en voir le résultat, j'étais encore néophyte, je me rendis auprès du malade le lendemain matin, à sept heures, par une pluie battante; je m'y étais pris trop tard; Roch, complètement guéri, s'était levé, habillé et était allé à son ouvrage.

Foulure.

Lami, gendre du précédent, étant tombé sur le poignet, avait foulé cette partie, qui était devenue enflée, douloureuse et incapable de lui rendre aucun service. Je lui fis envelopper le poignet de compresses trempées dans de l'eau où on avait laissé tomber une goutte de

suc d'*arnica*. Le lendemain, cette main était aussi saine que l'autre; il n'y avait pas trace d'enflure, de contusion ou de douleur.

Contusion.

Mlle Anette B., étant tombée de dessus une escabelle, s'était violemment contus la jambe et la cuisse, et y éprouvait de cruelles douleurs; ces parties étaient fortement ecchymosées. Quoique par erreur involontaire, le remède ne fût appliqué qu'un peu tard, des compresses trempées dans de l'eau et une goutte de suc d'*arnica* suffirent pour arrêter dans moins d'une heure des douleurs qui faisaient crier la malade, et lui faisaient croire qu'elle serait percluse au moins pendant trois semaines. Le lendemain, à sa très-grande surprise, elle fut en état d'aller à ses affaires.

Erysipèle.

La même malade fut un jour atteinte d'un érysipèle fort douloureux qui recouvrait tout une jambe; il y avait fièvre, soif, malaise; une seule dose *belladona* fit tout disparaître du jour au lendemain, sans laisser aucune trace d'une maladie qu'on s'attendait à voir durer trois semaines.

M. Miège, âgé de 68 ans, sujet aux érysipèles des jambes, dont chacun durait plusieurs semaines, et qu'il traitait par sangsues, vomitifs, etc., en fut atteint, il y a quelques mois; je ne l'appris que lorsque la maladie était arrivée au douzième jour et qu'elle était dans toute sa violence. M. Miège étant fort mon ami, et la discrétion seule l'ayant empêché de me demander conseil et secours, je me rendis spontanément chez lui, de Genève à Carouge, à neuf heures du soir, en hiver; je lui donnai immédiatement une dose *belladona*, qu'il prit par amitié, n'ayant aucune confiance dans un remède inaperçu dont il n'avait jamais entendu parler. Le lendemain, dans un billet, il rendait grâce à Dieu de la découverte d'un remède aussi précieux qui, sans douleur, sans angoisse, sans rien de sensible, l'avait délivré de son incommodité, subitement dans la nuit, sans que depuis il en ait eu aucune trace.

Dès ce moment, sa confiance fut établie; et quelques mois après, son épouse, femme âgée et débile, ayant été atteinte d'une fluxion de poitrine très-grave, que traitait par les moyens ordinaires un médecin de Carouge, M. Miège me fit appeler; la malade était au neuvième jour de la maladie : à mon approche, elle laissa tomber ces mots d'une voix éteinte : *vous venez voir une personne à l'article de la mort;* en effet, son facies était des plus graves, yeux éteints, langue sèche d'un gris noirâtre, joues injectées, violettes, lèvres violettes, presque livides, faiblesse générale absolue, pouls petit et très-dur, douleur pectorale profonde, dyspnée, crachats difficiles. Je n'osai porter un pronostic favorable; mais je donnai une dose *aconit*, à répéter toutes les trois heures. Le lendemain l'état était tout changé; la parole était libre, la respiration moins râlante, les crachats moins pénibles, la transpiration douce, les urines moins rouges, il y avait plus de disposition à boire, la malade se sentait sauvée. La douleur profonde persistant, je donnai *pulsatilla*, qui la fit disparaître par gradation, le traitement fut terminé par *bryonia*, et la malade parfaitement guérie, contre toute attente, vit encore, pour la plus grande joie de son mari et de ses amis.

Mlle Etiennette B., âgée d'environ 36 ans, était sujette depuis plusieurs années à des érysipèles de la face qui reparaissaient plusieurs fois par année, et qui avaient été traités par vomitifs et sangsues, non sans une longue durée. Elle se présenta chez moi avec un érysipèle commençant; elle reçut *belladona*, le lendemain elle revint guérie. Il y a deux ans et demi depuis cette rapide guérison, et la maladie n'a pas reparu. Cette personne a été visitée dès-lors par plusieurs allopathes qui sont venus s'assurer de la vérité du fait.

Douleurs lombaires.

Le sieur Auguste Fremi, cordonnier, pauvre, me consulta pour une douleur lombaire, dont il était atteint depuis dix-huit mois, sans qu'aucun remède lui eût procuré le moindre soulagement; cette douleur était si intense qu'elle le privait absolument des moyens de gagner sa chétive existence, et qu'il était réduit à implorer la bonté de ses voisins pour lui apporter un peu de soupe, qu'il mangeait sans appétit; la douleur le tourmentait encore plus la nuit que le jour, ensorte que le pauvre diable était complètement privé du sommeil, aussi était-il maigre à faire peur. D'après ce dernier symptôme qui est propre au *rhus*, je lui en donnai une goutte X, à prendre le soir; dès le lendemain, le malade vint chez moi, se tenant droit, m'annoncer que, pour la première fois depuis près de deux ans, il avait bien dormi; deux jours après, il vint me dire qu'il avait fait une paire de souliers; qu'on juge de son bonheur! Auguste a continué à travailler, mais l'ancienneté de son infirmité n'a pas permis que la guérison fût totale et parfaite; et bien que le malade n'ait plus eu de nouveau recours à mes conseils, je l'ai vu marcher un peu courbé, quoique avec facilité.

Douleurs lombaires et coxales.

La femme Mivelle, blanchisseuse, avait été abandonnée par son médecin, qui la traitait vainement, depuis long-temps, pour de cruelles douleurs qui, partant des lombes et des hanches, se répandaient le long du dos et sur la partie postérieure des cuisses; le sommeil n'abordait plus ses paupières, et la pauvre jeune femme pleurait jour et nuit, tandis que ses parens se désolaient autour d'elle; une dose de *rhus* diminua notablement les douleurs et lui permit de dormir; les mouvemens redevinrent libres, et au bout de peu de jours, la malade put se lever; les douleurs alors ne se firent plus sentir qu'à la partie postérieure des cuisses;

ce symptôme étant spécialement celui de *colocynthis*, je l'administrai, et la douleur disparut ; la femme Mivelle n'a pas cessé de se bien porter, depuis deux ans, époque de sa cruelle maladie.

Douleurs céphaliques avec adynamie.

La femme Ebeling était vainement traitée par un habile allopathe, pour des douleurs incessantes dans toute la tête, la nuque et les épaules, accompagnées de faiblesse absolue et insomnie complète : antispasmodiques, narcotiques, vésicatoires, sinapismes avaient été employés sans fruit ; la malade n'attendait plus sa délivrance que de la mort, qu'elle redoutait néanmoins, parce qu'elle laissait de petits enfans ; mais sa faiblesse était si grande, que le plus souvent elle ne reconnaissait ni elle-même, ni ses alentours ; c'est alors que je fus appelé, son médecin l'ayant abandonnée. Une dose de *rhus* dissipa les douleurs de la tête et de la nuque, rendit le sommeil, la connaissance, la possibilité de soulever la malade, qui dès ce moment conçut l'espoir de se guérir. Cet espoir ne fut pas déçu ; *rhus* fut répété plusieurs fois, toutes les douleurs furent successivement dissipées ; l'usage des mains, des avant-bras, des bras, revint graduellement, et au bout de très-peu de jours, la malade fut rendue à ses affaires, reconnaissant à haute voix qu'elle devait la vie au nouveau traitement qui avait été institué.

Douleurs vésicales.

Mme F. était atteinte, depuis plusieurs jours, de douleurs très-vives dans le ventre, qui se portaient spécialement sur la vessie, et lui arrachaient des larmes ; ce symptôme étant un de ceux de la *bryone*, je donnai un globule de cette substance ; au bout de quelques minutes, la malade sentit un tournoiement dans son ventre, et la douleur disparut sans retour.

Une pareille guérison s'est opérée hier dans les mêmes circonstances, sur une jeune femme.

Douleurs abdominales.

Mme P., à la suite de très-légères contrariétés, fut saisie dans les premières semaines de son mariage, de douleurs abdominales qui se portaient sur la vessie, mais surtout aux lombes ; ce dernier symptôme me décida pour *nux*, que je donnai à la malade, quoiqu'elle n'eût aucune confiance dans ce mode de remède ; à sa très-grande surprise, la nuit fut bonne, et le lendemain elle ressentait à peine quelque légère douleur ; le second jour, elle était parfaitement guérie.

Douleurs rénales.

M. Bally, que je venais de traiter et de guérir dans une fluxion de poitrine, habitué à rendre des calculs urinaires, fut subitement saisi d'atroces douleurs néphrétiques, que ni bain, ni cataplasmes, ni boissons, ne calmaient le moins du monde. Une goutte de *nux* dans six onces d'eau prises par cuillerée, calma ces coliques comme par enchantement ; le lendemain soir elles reparurent ; une eau édulcorée, véritable *placebo*, que j'avais laissée au malade pour la prendre lorsqu'il n'aurait pas de douleurs, fut vainement employée pendant la nuit, à mon insu ; de très-grand matin, mes secours furent demandés ; et de nouveau, une goutte de *nux* a guéri le malade, mais cette fois radicalement.

Esquinancies.

Rien n'est comparable, pour la promptitude, au traitement des esquinancies, soit légères, soit violentes ; vis-à-vis de cette maladie l'allopathie est obligée de baisser pavillon devant l'homœopathie ; bénignité des remèdes, rapidité d'action, intégrité de guérison, tout est en faveur de cette dernière ; j'en citerai deux ou trois exemples seulement, mais remarquables.

Mlle Anne D., très-sujette depuis plusieurs années aux esquinancies les plus violentes et les plus prolongées, en avait été atteinte pendant le courant de l'été ; traitée allopathiquement, cette maladie avait duré six semaines, et avait été suivie d'une longue convalescence. Peu de temps après, Mlle Anne fut de nouveau saisie d'une douleur à la gorge, qui, faible d'abord, la fit résister pendant deux jours aux instances pour se confier à mes soins ; mais la douleur croissant, elle s'y décida enfin ; elle y fut d'ailleurs déterminée par une considération de la plus haute importance ; elle devait aller au bal huit jours après ; elle ne me permit donc de la guérir qu'à condition que je la mettrais en état d'aller au bal, saine et sans risque ; j'étais trop galant pour ne pas le lui promettre, et trop sûr du remède pour ne pas y compter. Comme la maladie avait déjà deux jours entiers de durée, j'annonçai qu'elle serait certainement plus longue que si j'avais été appelé la veille. Je donnai *bell.*, et deux jours après, la maladie allant mieux se crut guérie, mais je n'osai pas y croire ; une récrudescence eut lieu contre laquelle je donnai *bell.* le matin, et *acon.* le soir. Au cinquième jour, la douleur était très-forte, le jour du bal s'approchait, la demoiselle pleurait, se désolait ; seul j'avais courage et confiance, je donnai *bell.* de nouveau ; demi-heure après, au plus fort de la douleur, la guérison fut subite, pleine, entière ; la malade dormit toute la nuit ; puis au jour voulu se rendit à son bal, où elle raconta son aventure, à laquelle, comme de raison, personne n'ajouta foi.

Hauser fut saisi d'un violent mal de gorge, qu'il garda deux jours, au bout desquels il me fit demander ; je le trouvai au lit, dans l'impossibilité d'avaler, la langue et le gosier du rouge le plus foncé ; la face et les conjonctives très-rouges, le pouls plein, dur et très-fréquent ; tout le corps brûlant. Je lui donnai une dose *bell.* — Le lendemain matin, je le trouvai sans fièvre aucune, parlant et avalant avec la plus grande facilité et demandant à manger ; il me raconta qu'à trois heures du matin, sa douleur alors très-violente avait subitement disparu, comme un coup de pistolet, et que depuis il avait très-bien dormi : il était guéri.

V...., imprimeur, était fort sujet à des esquinancies d'une violence telle que la douleur lui causait de fortes convulsions, et qu'il était obligé de se faire profondément inciser les amygdales pour pouvoir respirer. Atteint de nouveau de la même affection, il eut recours à mes soins; je l'assurai qu'il en serait promptement quitte et que surtout il ne serait pas dans la nécessité de se laisser inciser. Il reçut une dose *bell.;* le lendemain le mal alla croissant, et le surlendemain le malade se crut dans le plus grand danger et près de suffoquer; alors je lui affirmai qu'il était sur le point de guérir, je lui redonnai une dose *bell.;* et la même nuit, le mal se dissipa complètement; V.... put, deux jours après, retourner à son ouvrage, qu'il n'avait quitté que cinq jours, tandis qu'ordinairement il en était privé doux ou trois semaines. Depuis plusieurs mois, il n'a pas, que je sache, été atteint de nouveau.

Je crois devoir remarquer en passant que, dans la plupart des esquinancies violentes, le médecin ne doit pas attendre et promettre la guérison avant trois jours au moins et même cinq.

Encore un cas pareil.

Me trouvant pour affaires chez Mme Rh., jeune nourrice, j'appris qu'elle était horriblement souffrante d'une esquinancie; je m'approchai d'elle, et vis que la déglutition était presque impossible, ainsi que l'ouverture de la bouche et la protraction de la langue; la malade, qui ne pouvait pas parler, me donna à entendre qu'elle était fort sujette à cette maladie qui la faisait beaucoup souffrir, et qu'en dernier lieu elle avait exigé de son médecin de lui inciser les amygdales; je lui proposai de la guérir en très-peu de temps sans incision; elle accepta sans y croire, et sourit de pitié en recevant un globule de *bell.* Le lendemain, *elle me dit* qu'elle n'était pas mieux; cependant comme elle était en état de me le dire, ce qu'elle n'aurait pu faire la veille, j'étais bien assuré qu'elle se trompait; elle me demanda de réitérer le remède; j'y consentis, quoique je le crusse inutile. Le surlendemain, elle me dit avec l'accent de la plus vive joie, qu'elle était totalement guérie; je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il n'y a eu aucune convalescence; la malade a pu immédiatement sortir et vaquer à ses affaires.

Je pourrais décupler aisément cette liste de guérisons si promptes et si faciles opérées dans les maladies les plus aiguës. Ce serait, il est vrai, démontrer sans réplique à nos détracteurs de mauvaise foi, combien est fausse et ridicule l'assertion que l'homœopathie est tout au plus de quelque utilité dans les affections chroniques, nerveuses; mais assez de faits viendront avec le temps les confondre et nous mettre en état de leur prouver combien est dénué de fondement le reproche qu'ils nous font de nous occuper de niaiseries, ou, comme d'autres le disent, de n'exploiter qu'un charlatanisme déguisé.

Ch.-G. Peschier, Doct. ch. et méd

(*La suite à un numéro prochain.*)

—

PROFESSION DE FOI ET OBSERVATIONS COMMUNIQUÉES A LA SOCIÉTÉ HOMOEOPATHIQUE GALLICANE, LE 16 SEPTEMBRE, par M. Dupré-Deloire, D. M. à Valence.

Je suis de ceux qui pensent que dans les sciences d'observation, en médecine surtout, l'expérience est la seule autorité à laquelle nous devions nous rendre, et qu'un seul fait, bien observé, bien constaté, bien authentique, a plus de valeur que les systèmes les mieux raisonnés, les plus spécieux.

Je ne connaissais l'homœopathie que par quelques critiques désobligeantes dont elle a été l'objet dans nos journaux ordinaires de médecine, et, prévenu par-là d'une manière peu favorable pour elle, je ne la jugeais pas chose digne d'attention. Cependant quelques cas de guérisons presque miraculeuses me furent rapportés, par les personnes qui en avaient été témoins, avec un enthousiasme qui me décida bien vite à m'en instruire. Je vous avoue que c'est avec défiance et une espèce de prévention que j'écoutais tout ce qu'on me rapportait de ses procédés inusités et nouveaux pour moi; mais, je dois le dire aussi, c'est avec une entière bonne foi que j'en abordai l'étude.

Je trouvai dans l'obligeance d'un de nos collègues qui pratique avec de si brillans succès à Grenoble, le Dr. Créru, tous les encouragemens et les renseignemens dont j'avais besoin; il m'offrit, avec un empressement auquel, étranger à lui, je n'avais aucun droit, et je me plais à lui en témoigner ici toute ma reconnaissance, des médicamens pour mes premiers essais, et les conseils de son expérience.

Je lus l'*Organon* de Hahnemann.

Ce premier ouvrage où cette admirable doctrine se trouve clairement développée, me satisfit complètement. La loi des semblables me parut si naturelle, si vraie, que je m'étonnai que pendant tant de siècles elle eût pu rester ignorée. Dès lors l'extrême division des doses m'était expliquée, et cette atténuation qui, au premier abord, me semblait ridicule et mystérieuse, n'était plus qu'une conséquence nécessaire du principe, une précaution sage et prudente pour éviter des effets trop violens. Mais lorsque je connus les résultats prodigieux auxquels on avait été amené par les dilutions et les triturations prolongées, j'admirai cette découverte immense pour les sciences chimiques, et l'action dynamique si puissante des infiniment petits, n'eut plus rien pour moi d'extraordinaire ni d'inexplicable.

J'étais déjà convaincu quand j'entrepris la lecture du *Traité des maladies chroniques.* Ici le génie du grand homme se révèle dans toute sa profondeur. J'admirai ce talent d'observation si pénétrant, si lumineux, non moins que cette vaste et judicieuse érudition sur laquelle il a voulu s'appuyer encore. Mes idées furent éclaircies sur cette question désespérante de la chronicité; ce traitement si difficile, si décourageant, recevait enfin des bases solides, éprouvées : j'adoptai avec ardeur ces explications, car cette simplicité de causes pour cette

multiplicité d'effets me semblait une preuve de leur vérité ; c'est ainsi que procède la nature.

L'étude de la *Matière médicale pure* m'indiquait les véritables indices et les seuls agens d'un traitement rationel ; j'y retrouvais encore ce caractère de conviction qui force la nôtre, et cette immense observation que nous devons au dévouement d'une vie si bien employée pour l'humanité.

La doctrine de l'homœopathie m'était expliquée. Je l'approuvai d'autant plus volontiers qu'elle m'offrait enfin cette certitude qui manque à nos anciennes méthodes, qu'elle me tirait du vague dangereux dans lequel je n'osais agir, et m'offrait des moyens aussi doux qu'efficaces pour soulager les maux de mes semblables. Mais j'attendais, pour l'adopter, que l'expérience eût prononcé pour moi ; car quelque satisfaisante que me parût cette théorie, il fallait encore qu'elle me fût prouvée par des faits irrécusables. L'appel généreux que le Dr. Des Guidi fait aux médecins français, les ouvrages de Bigel, de Gueyrard, la *Bibliothèque homœopathique*, où je trouvais tant de faits décisifs, étayaient chaque jour ma conviction ; et je ne craignais plus que ma jeunesse se fût laissé trop facilement séduire, quand je voyais des hommes prudens, et d'un mérite reconnu, se convertir après de longues années d'une pratique qui pouvait aussi compter de nombreux succès.

J'avais essayé avec M. Reboulet, pharmacien de notre ville, quelques préparations selon les principes homœopathiques, et j'en avais fait l'essai sur moi-même. C'était de l'*or* à différens degrés de dilution. J'en fus assez éprouvé pour me faire croire à l'efficacité des doses infinitésimales et aux propriétés inconnues que développe sur une des substances presque inertes, le mode de préparation recommandé par Hahnemann. D'abord un mal de tête accablant que j'aurais pu également attribuer à la chaleur de la saison ; une légère constriction du gosier à laquelle je n'aurais peut-être pas fait attention si je n'eusse été prévenu de l'effet du remède ; mais le plus marqué fut, la nuit du 3me jour, une ébullition comme jamais je n'en avais eue ; j'éprouvais depuis les coudes jusqu'à l'extrémité des doigts, une démangeaison insupportable ; il me semblait que de grosses vésicules recouvraient mes bras, comme après la piqûre d'un insecte venimeux. Je souffris de cette éruption jusqu'à 2 heures de la nuit ; au matin, tout avait disparu, et je n'ai plus rien ressenti.

Dans cet essai, je voulais seulement éprouver la valeur de nos préparations ; il me tardait de faire servir cette action pathogénétique à la guérison de quelque maladie, et comme je n'y voyais aucun danger, je n'hésitai pas à l'entreprendre.

J'avais chez moi une domestique, jeune fille de 24 ans, peu robuste, qui depuis près de six mois souffrait de maux d'estomac dont elle ne s'était jamais plainte : ses digestions étaient difficiles, à peine avait-elle mangé que l'estomac se gonflait, et ne pouvait supporter la moindre pression. Mais depuis trois semaines les douleurs étaient devenues plus vives, accompagnées d'une céphalalgie presque continuelle, et cette fille dépérissait sensiblement ; elle nous fit peur de son état. Le moral, chez elle, avait été surtout singulièrement impressionné : elle était devenue triste, maussade, chagrine, et son inquiétude la portait à toute sorte d'idées pénibles.

Déterminé par ce caractère qui confirmait le choix que j'avais fait de la *pulsatille* pour combattre la gastralgie, je lui en administrai un seul globule de la 12e dilution ; il fut pris le vendredi 4 juillet, à 5 heures du matin.

Cette fille en observa parfaitement l'effet, et cependant elle n'était prévenue de rien. Elle ne souffrait pas avant de le prendre, mais peu d'instans après elle éprouva des tiraillemens dans les membres comme elle en ressentait souvent, surtout dans les jambes ; elle sentit de la chaleur à l'estomac et sa tête s'entreprendre. Une heure après, elle essaya de se lever, mais elle eut des vertiges et fut obligée de se recoucher. Elle souffrit ainsi, pendant une heure environ, comme après avoir mangé ; c'était une chaleur, un poids à l'estomac, avec un gonflement qui ne supportait pas la moindre pression. Elle s'endormit, transpirant légèrement, et quand elle se réveilla, vers les 9 heures, elle se trouva sans douleur, sans fatigue, dans un bien-être merveilleux. Elle se leva, alla manger, et ses alimens, pour la première fois depuis long-temps, ne lui firent pas le moindre mal ; elle mangea de nouveau avec appétit à midi et le soir ; et depuis elle n'a plus ressenti de douleur ; et mange avec plaisir.

L'influence sur le moral a été tout aussi remarquable dès le même jour : elle était aussi contente, aussi gaie, qu'elle était abattue et morne le jour d'auparavant.

Ce fait, le premier que j'ai éprouvé, était de nature à faire impression sur moi. J'avoue que je ne m'attendais pas à des effets aussi marqués et surtout aussi prompts. Je ne pouvais croire encore à l'efficacité d'une si petite dose. Je faisais cet essai parce que je le croyais parfaitement innocent, aussi incapable de faire du mal que de soulager. Un succès si prononcé, et qui n'a pas moins frappé toutes les personnes qui en ont été témoins, devait me donner confiance, et je me résolus à en tenter d'autres, quand je croirais pouvoir le faire sans inconvéniens.

L'occasion s'en présenta bientôt.

La domestique de M. Gizon, horloger à Valence, laissa tomber sur son pied une planche énorme qui détermina sur-le-champ une douleur si vive que lorsqu'elle essayait de marcher elle se trouvait mal.

Cette fille fut portée sur son lit ; dans le premier moment on lui appliqua des compresses imbibées d'eau battue avec de l'eau-de-vie ; mais le mal devenant plus intense, on accourut chez M. Reboulet, pharmacien, lui demander quelque secours.

Je me trouvais en ce moment chez lui, occupé de quelques préparations homœopathiques, et je lui proposai d'en faire l'essai. Nous voulûmes éprouver l'homœopathicité de l'*arnica montana ;* mais n'ayant pas sous la main les remèdes convenablement préparés, deux fleurs seulement de cette plante furent mises en infusion

dans une pinte d'eau bouillante; on prit ensuite une cuillerée de cette infusion que l'on mit dans six onces d'eau distillée que l'on fit boire à la malade. Des compresses imbibées avec la même infusion furent appliquées sur le pied douloureux. Quelques minutes après, la douleur avait cessé; on vérifie le mal et l'on trouve le pied revenu à son état naturel, libre dans ses mouvemens. Cette fille, émerveillée, veut s'essayer à marcher; deux heures après elle avait repris son ouvrage comme si rien ne lui était arrivé. Ce jour-là, elle y ressentit encore un peu de douleur, mais seulement lorsqu'elle voulait marcher sur le pavé, et non pas sur un sol uni.

Quelque temps après, le même M. Gizon était allé visiter la salle de spectacle en construction, dans notre ville. Il était suivi de son chien, beau chien de chasse, jeune et vigoureux, qui s'étant élancé des troisièmes loges, tomba à plus de 40 pieds sur des bois et des décombres. Le choc fut violent, comme on peut le croire. Cependant, après quelques frictions, ce malheureux chien essaya de se relever pour suivre son maître, et vint tomber après une quinzaine de pas au milieu de la rue. Impossible lui fut de se relever: il haletait, laissait pendre sa langue hors de la gueule, paraissait souffrir beaucoup et vomit à plusieurs reprises. Son maître, pour abréger sa souffrance, revint chez lui dire de le faire prendre et de le jeter au Rhône. On l'apporta chez M. Reboulet. Celui-ci ne croyait pas qu'il fût possible de remédier à de pareilles contusions. Cependant on voulut essayer le même remède qui avait si bien réussi à la domestique de la maison; on fit une décoction d'*arnica* plus concentrée. Des linges en furent imbibés dans lesquels on enveloppa le chien; on lui en fit même avaler une petite quantité, on tint les linges soigneusement humectés. Ces soins durèrent une heure; c'est vers 10 heures que l'accident était arrivé; à 11 heures 1/2 le chien se ranime, se secoue, se relève; il accourt à la maison de son maître qui demeure stupéfait de voir son chien, qu'il croyait déjà noyé, venir le caresser, sans autre apparence de mal que quelques légères écorchures qui se cicatrisèrent bientôt. Ce même jour l'animal fut triste, abattu, très-altéré: il but à plusieurs reprises une grande quantité d'eau; mais depuis ce moment il est guéri, et n'a paru ressentir aucune suite de cet épouvantable accident.

Ce fait qui prouve, non moins que l'autre, l'admirable propriété de cette plante si bien nommée *panacea lapsorum*, met hors de doute sa spécificité dans les cas semblables. Quelle ressource précieuse contre les accidens auxquels nos ouvriers sont continuellement exposés! Quels secours ne promet-elle pas à la chirurgie militaire dans ces circonstances désastreuses où nos malheureux soldats ne peuvent être convenablement soignés. Hahnemann n'eût-il constaté que cette seule propriété dans toute la matière médicale, l'humanité le placerait au premier rang de ses bienfaiteurs.

J'ai voulu vous faire part de ce fait qui a eu de nombreux témoins; il peut avoir quelque importance pour ceux qui cherchent à faire l'application des principes homœopathiques à la médecine vétérinaire.

SYMPTOMATOLOGIE.

—

Achillæa millefolium.

Tête. Tension douloureuse à la partie supérieure de l'os pariétal droit (après 1 1/2 h.).

Sensation particulière au côté droit de la tête comme si elle était serrée par une vis (après 3 h.).

Déchirement dans la bosse frontale gauche. (apr. 4 h.).

Déchirement violent et douloureux à la partie supérieure du pariétal droit (apr. 1/2 h.).

Déchirement et élancement dans tout le côté droit de la tête (apr. 1 1/2 h.).

Léger élancement au vertex (apr. 3 h.), au côté droit (apr. 1 h.).

Elancement douloureux au côté droit de l'occiput (apr. 1 1/2. h.), puis au côté gauche (apr. 4 h.).

Sensation comme si tout le sang montait à la tête.

Bouillonnement dans la tête en se baissant, qui diminue en se relevant (apr. 1 h.).

Bruit douloureux dans la tête (apr. 1 h.).

Yeux. Secousses avec tension dans la paupière supérieure gauche (apr. 2 1/2 h.).

Fourmillement dans l'angle interne de l'œil gauche, comme par une petite plume (apr. 1 1/2 h.).

Les yeux sont clos le matin (du 4e jour).

Sensation de nuage devant les yeux, dans le lointain mais non de près (apr. 3 h.).

Oreilles. Fourmillement dans l'oreille gauche qui passe en y introduisant le doigt (apr. 1 1/2 h.).

Démangeaison dans l'oreille droite qui ne passe pas en totalité, en y introduisant le doigt (apr. 3 h.).

Dans l'oreille gauche, bruit comme en ferait une chauve-souris; puis en riant, sensation d'un air froid qui en sortirait (apr. 4 h.).

Face. Légère secousse douloureuse dans la mâchoire inférieure gauche (apr. 1 h.).

Violent déchirement de l'articulation maxillaire droite jusqu'au sinciput (apr. 1 1/2 h.).

Déchirement dans la mâchoire inférieure droite, qui passe rapidement tantôt dans l'oreille, tantôt dans les dents (apr. 1 1/2 h.).

Déchiremens fréquens dans la partie gauche de la face jusque dans les tempes, le soir (du 4e jour).

Légers picotemens devant l'oreille gauche (apr. 1 1/2 heure).

Rougeurs de la face sans chaleur (apr. 3 1/2 h.).

Léger élancement à la lèvre supérieure (apr. 1 1/2 h.).

Bouche. Sensation de constriction à la partie antérieure de la langue, avec cuisson (apr. 3/4 h.).

Elancement incisif au palais (apr. 3 1/2 h.).

Gosier. Rudesse au gosier, de longue durée (bientôt après).

Renvois à vide (tout de suite après).

Hoquets.

Estomac. Sensation de faim, avant le 3e jour.

Gastralgie, comme après un jeûne, le matin (du 4e jour) au réveil.

Sensation de plénitude, tout de suite après et de longue durée.

Crampe d'estomac, sensation d'un liquide qui de cet organe passerait dans les intestins jusqu'à l'anus (apr. 2 h.).

Sensation que l'estomac est garni de terre astringente (apr. 1 h.).

Rongement et creusement famélique dans l'estomac (le 4e jour).

Brûlure dans l'estomac et le ventre, remontant jusque dans la poitrine (apr. 3/4 h.).

Hopochondres. Brûlure dans l'estomac, en ployant le corps en deux, plus forte du côté de l'hypochondre droit, où elle devient douleur tractive et ardente (apr. 1 h.).

Violent pincement d'abord dans l'hypochondre gauche, puis des deux côtés, jusqu'au cœur avec anxiété, qui passe en se levant de son siége (apr. 2 h.).

Picotement saccadé aux fausses côtes gauches (apr. 4 h.).

Elancement obtus aux dernières côtes droites (apr. 2 1/2 h.).

Abdomen. Météorisme et sortie de flatuosités fréquentes (l'après-midi du second jour).

Elancement si violent dans le ventre du côté gauche, qu'elle en est épouvantée; en mangeant.

Léger élancement dans la portion iliaque gauche des intestins (apr. 2 1/2 h.).

Borborygmes et tranchées; puis deux selles avec ténesme consécutif (le 3e jour).

Emission fréquente de flatuosités fétides (tout le 4e jour).

Défécation. Selles plutôt molles que dures (le 4e jour après une seconde dose).

Selle très-molle avec sensation consécutive de gerçure (le 3e jour).

Besoin constant d'uriner, qu'elle satisfait abondamment (le 3e jour).

Un peu de leucorrhée (le 3e jour).

Thorax. Elancement obtus dans le côté gauche de la poitrine, sous le bras, sans rapport à la respiration (apr. 4 h.).

Léger picotement dans l'omoplate gauche, dans l'inspiration, étant debout. Après une pandiculation et avoir comme pelotonné le corps, violent élancement dans l'omoplate droite (apr. 3 h.).

Violent élancement au milieu de l'omoplate gauche, (apr. 3 h.).

Dos. Tiraillemens fréquens dans le dos, peu douloureux (le 3e jour).

Elancement au sacrum (apr. 3 h.).

Piqûre dans l'aisselle gauche (apr. 4 h.).

Elancement et brûlure dans l'aisselle gauche, se dirigeant en avant (apr. 4 h.).

Bras. Elancement brûlant extérieurement au coude droit (apr. 2 1/2 h.).

Deux piqûres successives à la face interne de l'avant-bras droit, puis prurit qui passe en se grattant (apr. 4 h.).

A la face interne de l'avant-bras gauche, sensation comme de l'action d'une brosse.

Légère piqûre au bord interne de la main droite (apr. 2 h.); brûlure et comme piqûre de puce à la face interne du petit doigt de la même main (apr. 3 1/2 h.).

Jambes. Tension déchirante à la fesse gauche, plus forte en marchant (avant-midi, le 3e jour).

Déchiremens dans le genou droit.

Légère piqûre dans le jarret gauche (apr. 2 h.).

Déchirement dans le tibia inférieur droit, l'après midi en marchant (le second jour).

Engourdissement fréquent du pied droit, étant assis, qui ne passe pas dans la station, après dîner.

Fourmillemens dans le coude-pied droit, comme après un engourdissement (apr. 3 h.).

Peau. Prurit et boutons pruriteux au dos (le 7e jr).

Somnolence. Pandiculations, et bâillemens comme si elle n'avait pas assez dormi (apr. 2 1/2 h.).

Somnolence, bâillement de temps en temps (apr. 3/4 h.).

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

DÉCEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Notice sur quelques accidens de la vaccine, ou esquisse historique d'une épidémie de variole, de varicelle et de varioloïde, dont le début a coïncidé avec les premières vaccinations de 1833 *; observée dans Bergerac (Dordogne) et ses environs;* par le docteur Rennes, agrégé libre à la Faculté de Strasbourg, ancien médecin militaire.

Lorsqu'on se reporte par la pensée à l'époque de la découverte de la vaccine, on la voit combattue, dès son introduction dans la pratique médicale, par des médecins d'un grand nom, qui, bien qu'observant de bonne foi et avec le désir d'arriver à des résultats favorables, eurent le malheur de se rencontrer dans des foyers d'épidémie qui exerçaient une influence fâcheuse sur le développement et la marche naturelle de la vaccine. Il n'est pas étonnant que les mêmes opinions qui s'établirent, alors se reproduisent aujourd'hui dans des circonstances analogues. Rappelons succinctement les faits, et nous reconnaîtrons leur conformité avec ceux qui viennent de se présenter dans nos contrées, à l'occasion de la coïncidence d'une éruption varioliforme avec la fièvre de la vaccine.

Que voyons nous en effet? Jenner propageant sa découverte dans le Berckley, semble favorisé par la circonstance: partout la vaccine prospère entre ses mains. Il la transmet vierge, pour ainsi dire, et exempte d'accidens, aux médecins de Londres et de Genève. Ceux-ci, moins heureux, la voient se compliquer fréquemment d'éruptions anomales qui en altèrent les formes régulières. Jenner lui-même s'en étonne, et attribue ces accidens, ainsi qu'on l'a fait de nos jours, au mélange du pus vaccinique avec d'autres virus. Mais Voodwille reconnut et démontra, par sa propre expérience, que le vaccin le plus pur amène souvent à sa suite des exanthèmes pustuleux, quand on l'inocule dans un hôpital de variolés ou dans certaines épidémies varioliques. La chose fut mise hors de doute lorsque le vaccin, qui à Londres avait produit des éruptions anomales, inoculé par Jenner dans le Glocester, s'y montra de nouveau dans toute sa régularité primitive, et purifié en quelque sorte des miasmes qui l'infectaient.

Heureusement que dans les premières années de ce siècle les épidémies de variole, devenues moins graves et moins fréquentes, ont permis que l'innocuité de la vaccine et sa puissance préservatrice se soient manifestées à tous les yeux. Il semblait même qu'on fût en droit de prévoir la destruction complète de la variole sous l'influence de la vaccine, quand éclata l'épidémie si générale et si funeste qui parcourut la France en 1825, 26, 27 et 28, et dont les variolés que nous avons observés dans plusieurs contrées du Midi, pendant le cours de l'année dernière, paraissent être la continuation.

Cette dernière épidémie qui se rapporte sans doute, comme le pense le docteur Albers, à une espèce de variole différente de celles que nous observions communément jusqu'alors, cette dernière épidémie semble avoir modifié les faits; de telle sorte qu'au lieu de trouver à grande peine, comme autrefois, quelques exemples de variole échappée à l'action préservatrice de la vaccine, tout médecin de bonne foi avouera que les faits de ce genre se multiplient chaque année d'une manière inquiétante pour l'avenir de la vaccine, si l'on s'obstine à les nier plutôt que de les expliquer, ce que me paraît avoir fait assez heureusement le docteur Albers, en distinguant la variole qu'il appelle *lymphatique* de la variole *purulente*, la seule décrite par les auteurs (1).

Il faut bien reconnaître aussi que la varioloïde, forme nouvelle de la maladie, indépendante de la vaccine avec laquelle elle marche, et de la petite-vérole dont elle ne préserve pas, a pu altérer la confiance des gens du monde, ébranler même quelques convictions médicales, et jeter dans la pratique de la vaccine un refroidissement que je considère comme extrêmement funeste, et contre lequel tout médecin éclairé doit s'élever avec chaleur, quelle que soit d'ailleurs son opinion sur le degré d'infaillibilité de la vaccine.

Mon premier but, en recueillant quelques-unes des notes et des observations que je livre à la publicité avait été de répondre, en temps utile, à un article de

(1) Voyez *Essai sur la nature de la variole et ses rapports avec la vaccine*; par J. Ch. Albers. Berlin, 1831.

la *Gazette médicale* du 15 septembre 1833, qui annonçait, sur la foi d'un correspondant, « que les nombreuses varioloïdes qui affligeaient Bergerac et ses environs, avaient été importées dans cette ville par du vaccin envoyé de Bordeaux, et qui, ayant été pris sans doute sur quelque sujet atteint lui-même de variole ou de varioloïde, transmettait en même temps l'une ou l'autre de ces affections. Aujourd'hui que l'épidémie est terminée, et qu'une autre année s'est écoulée depuis la cessation de l'épidémie, je suis à même d'établir mon opinion contraire à l'assertion précédente sur des faits plus nombreux et plus complets.

Voici l'histoire de l'épidémie considérée dans ses rapports avec la vaccine:

Dans les premiers jours du printemps de 1833, la petite-verole ou la varioloïde s'étaient déjà montrées à Bordeaux, lorsque les médecins de cette ville commencèrent de vacciner dans les premiers jours du mois de mai. Ces vaccinations furent suivies, chez tous ou presque tous les individus, d'une éruption secondaire, survenant du neuvième au dixième jour, quelquefois un peu plus tôt; éruption le plus souvent légère, et bornée à quelques boutons sur les bras et sur le corps, mais d'autres fois accompagnée d'accidens assez graves, tels qu'une forte fièvre, de nombreuses pustules, une inflammation phlegmoneuse des bras, des ulcérations plus ou moins étendues et plus ou moins profondes. Cette circonstance ne ralentit pas d'abord le zèle des médecins, qui plus tard se virent forcés, par la clameur publique, d'interrompre le cours des vaccinations.

Avant cette époque, du vaccin expédié de Bordeaux dans diverses localités environnantes, y avait été la cause d'accidens analogues. M. Ferrier la signala un des premiers dans le *Bulletin de Thérapeutique*, du 15 du mois d'août, comme les ayant observés dans presque toutes les vaccinations qu'il avait pratiquées à Trompeloup. M. Lanelongue, à Saint-Martial, vaccina du 13 mai au 13 juin soixante-dix individus, sur lesquels cinquante-cinq furent pris de varicelle, ou de varioloïde.

A Libourne, au rapport du docteur Moyne (*Bulletin médical de Bordeaux*), la varioloïde a marché avec la pustule vaccinale chez tous les enfans vaccinés en mai, juin et juillet. Les mêmes phénomènes ont été observés dans notre département sur tout le littoral de la Dordogne et particulièrement dans notre ville où il m'a été facile d'en suivre l'origine et le développement.

Ainsi, à Bergerac, le vaccin envoyé de Périgueux par le préfet n'ayant pu transmettre la vaccine, malgré plusieurs tentatives, M. Vizerie, médecin vaccinateur de l'arrondissement, en fit venir de Bordeaux, et commença de l'inoculer dans la première semaine de juin. Ce vaccin, communiqué à plusieurs enfans en bas-âge, détermina de prime-abord, et constamment depuis, un nombre de pustules toujours égal à celui des piqûres. Le développement du bouton était en général un peu plus rapide que les années précédentes: il était plus large, plus plat, plus terne et plus opaque. Quand il était ouvert avec la lancette, il ne laissait écouler que très-peu de liquide, et celui-ci ne se renouvelait que très-lentement. L'auréole était plus enflammée. La fièvre vaccinale, qui se déclarait du 6e au 7e jour, était ordinairement forte: elle durait trois jours et était suivie de l'éruption de petits boutons rouges, coniques, qui apparaissaient d'abord sur les bras, gros comme des grains de millet, autour des pustules vaccinales. D'autres boutons semblables se prononçaient bientôt sur les autres parties du corps, et s'y développaient en 24 ou 48 heures, avec l'apparence tantôt de la varicelle, tantôt de la varioloïde. Les croûtes tardaient peu à se former et tombaient assez promptement, ne laissant jamais après elles de traces profondes, et disparaissant bientôt complètement, quel qu'eût été le nombre des pustules ou leur degré de développement.

Quant à la pustule vaccinale proprement dite, sa marche n'était pas interrompue. Elle parcourait ses périodes de dessiccation comme à l'ordinaire. Mais souvent la forme arrondie du bouton de vaccin était altérée par les pustules secondaires, qui, se confondant avec lui dans leur développement; en rendaient les bords frangés, le pourtour dur et rénittent. Dans cet état, des ulcérations s'établirent avec facilité; elles s'étendaient en rongeant d'une pustule à l'autre, et rendaient la vaccine méconnaissable. C'était, sans contredit, l'accident le plus fâcheux, mais il était aussi le plus rare généralement. La déformation du bouton n'allait pas jusques-là, et pouvait passer inaperçue dans le plus grand nombre des cas.

Aussitôt que ces anomalies de la vaccine eurent été observées d'une manière générale, M. Vizerie écrivit à Bordeaux, pour obtenir des renseignemens sur l'origine du vaccin qui lui avait été adressé.

M. Gergerès père répondit le 14 juillet, que depuis la reprise des vaccinations à Bordeaux, des observations conformes y avaient été faites par tous les médecins; que le vaccin envoyé à Bergerac avait été pris, *au huitième jour, sur un enfant qui avait eu la varioloïde pendant la dessiccation du vaccin;* que la forme des pustules vaccinales avait éprouvé des variations semblables à celles signalées plus haut; que des phénomènes identiques avaient été observés par les médecins de Libourne, auxquels du vaccin avait été envoyé de Bordeaux; que des accidens graves avaient accompagné quelques-unes de ces vaccinations; qu'aucune cependant n'avait été funeste; mais que la crainte d'inoculer la variole, en même temps que la vaccine, avait fait suspendre momentanément la pratique de cette dernière, etc., etc.

Du reste, le praticien de Bordeaux ne paraissait pas éloigné de l'opinion qui attribuait ces accidens à l'insertion du virus de la varioloïde, qui aurait été recueilli en même temps que le vaccin, sur quelque sujet atteint de cette maladie, et transmis ensuite simultanément. L'explosion de l'éruption du 9.e au 10.e jour, comme dans la variole inoculée, et la déformation du bouton vaccinal, pouvaient bien donner crédit à cette idée; mais, d'autre part, il semblait naturel de tenir compte de la co-existence d'une épidémie de varicelle qui s'é-

tait montrée à Bergerac, antérieurement aux premières vaccinations, et dont bon nombre d'individus étaient atteints sans avoir été soumis à l'inoculation de la vaccine. Il fallait se rappeler les accidens de même nature qui avaient été observés à Londres, à Hanovre, à Genève, lorsque Jenner commençait à propager sa découverte : l'analogie était frappante. Ainsi Jenner vaccinait sans inconvénient dans le Glocester, avec le vaccin que Woodville lui transmettait de Londres, et qui, dans les mains de ce dernier, prenait un caractère éruptif. De même le vaccin qui dans Bergerac semblait être l'occasion du développement de la varioloïde par le léger trouble que la fièvre vaccinale apporte dans l'économie, transporté hors du foyer de la contagion variolique par les médecins des environs, reprenait son caractère de simplicité, et s'altérait de nouveau lorsque de la campagne il était reporté dans notre ville. Dès-lors il y avait au moins sujet de douter. C'est ce que nous fîmes, afin d'observer avec un esprit dégagé de prévention.

Quelques histoires de maladies feront mieux connaître la nature et la succession des accidens.

Obs. Ire — L'enfant de M.me Mestre, âgé de neuf mois, a été vacciné de bras à bras, le 22 juin, sur un enfant auquel avait été inoculé directement le vaccin envoyé de Bordeaux. Le bouton était parvenu au septième jour, et il n'est pas venu à la connaissance du vaccinateur que ce premier enfant ait rien éprouvé de particulier. Chez le jeune Mestre la vaccine a d'abord marché très-régulièrement; chaque piqûre a produit une pustule, et le développement des boutons a été modéré. Rien de particulier jusqu'au septième jour que je me suis servi de ce vaccin pour inoculer deux enfans. Le soir du même jour je remarquai que l'auréole, très-enflammée, était surmontée de très-petits points rouges, semblables aux boutons de miliaire. Le lendemain ils avaient acquis plus de développement; il en existait d'autres sur la figure et sur le ventre. La fièvre qui survint fut assez vive pendant trois jours. L'éruption s'étendit à tout le corps, mais resta cependant discrète. Les boutons développés sur les bras dans le cercle des pustules vaccinales, sont restés petits et confus. Le bouton de vaccine s'est aplati, s'est agrandi, et m'a paru plus lent à se dessécher que de coutume. Quant au caractère de l'éruption secondaire, je l'ai trouvée beaucoup plus rapprochée de la varioloïde que de la varicelle. La forme des boutons était arrondie, mais modifiée sur un très-grand nombre, et particulièrement sur les plus gros par une dépression centrale. Leur développement s'est opéré régulièrement de la face au tronc et du tronc sur les membres. Leur dessiccation a suivi la même marche. Elle a été plus rapide que la desquammation qui s'est fait attendre assez long-temps. Ainsi le 20 juillet il restait encore sur la figure de petites croûtes sèches, dures, parfaitement rondes, saillantes de demi-ligne, qui cependant n'ont laissé après elles aucune dépression à la peau. Les rougeurs qui ont succédé à la chute des croûtes ont disparu promptement chez cet enfant comme chez tous ceux du même âge qui ont éprouvé la varioloïde consécutive à la vaccine. Nous verrons plus tard que la maladie s'étant communiquée de l'enfant à la mère, le résultat n'a pas été le même pour cette dernière.

Obs. IIe — Le premier enfant, vacciné sur le précédent le 29 juin, âgé de quatre mois, fatigué par la diarrhée et un mauvais allaitement, n'a présenté qu'un développement lent et incomplet de la vaccine. Les boutons, au nombre de quatre pour six piqûres, ont à peine atteint le volume d'une petite lentille, et ont parcouru leurs périodes sans éruption secondaire appréciable. Néanmoins on pourrait peut-être rapporter à cette affection quelques boutons miliaires qui apparurent sur l'un des bras le douzième jour, et qui furent regardés comme un effet de la dentition commençante.

Obs. IIIe — Le second enfant était une petite fille de dix mois, très-fortement constituée. Le septième jour de la vaccination, les bras étaient enflammés ; des boutons d'une apparence suspecte se manifestaient autour des pustules vaccinales. Une fièvre très-forte s'empara de la malade et dura deux jours avec une intensité qu'on n'observe pas dans la vaccine régulière. Cette fièvre ne céda qu'après l'éruption, en quelque sorte simultanée, de nombreux boutons sur toute la surface du corps. Ces boutons, d'un caractère parfaitement semblable à ceux du petit Mestre, (*obs.* 1re), mais plus nombreux et plus rapprochés, acquirent en quatre jours tout leur développement et séchèrent tout aussitôt avec une promptitude que je n'avais pas remarquée chez le premier enfant. La desquammation s'opéra aussi avec une certaine rapidité, et les traces en ont disparu en peu de temps.

Le même enfant a éprouvé deux mois plus tard une varicelle bien caractérisée. La forme des boutons et la marche de l'éruption ne laissèrent pas de doute à cet égard. Cette petite fille avait communiqué la varioloïde à sa nourrice. Elle communiqua la varicelle à son frère et à ses cousins plus âgés de quelques années. Elle n'avait pas plus cessé d'avoir des rapports avec ces enfans dans la première maladie que dans la seconde.

Obs. IVe — Rochefort, âgé de deux ans, vacciné le 24 juin par un de mes confrères, avait éprouvé la semaine précédente une varicelle légère qui était en voie de dessiccation complète au moment de la vaccination. Le 1er juillet, je me servis de ses boutons, qui me parurent beaux et francs, pour inoculer trois enfans du voisinage : Pierre Eyères, âgé de trois mois, Daniel Briand, âgé de dix mois, et Marie Bos, âgée de trois ans et demi. Le 4 juillet (dixième jour de la vaccination), je vis apparaître chez le jeune Rochefort de nouveaux boutons d'un caractère analogue à celui des précédens, moins nombreux et plus particulièrement groupés autour des pustules vaccinales. Ces boutons se dessèchèrent avec la même promptitude que ceux de la varicelle précédente.

Obs. Ve — Pierre Eyères présentait, le cinquième jour après la vaccine, de nombreux boutons au pourtour des pustules vaccinales déjà bien formées. Cette éruption,

qui fut presqu'entièrement locale, s'accompagna d'une fièvre vive avec inflammation du bras. Les boutons de vaccine en furent en partie déformés. Ils étaient entièrement plats le neuvième jour et ne contenaient plus de sérosité.

Obs. VIe—Daniel Briand eut d'abord une belle apparence de vaccine. Chaque piqûre fournit un bouton comme chez les précédens. Quelques boutons miliaires se manifestèrent sur le bras dans le cercle de l'auréole le neuvième jour, et furent suivis de quelques autres sur le corps. La fièvre fut à peine sensible.

Obs. VIIe—Marie Bos, vaccinée en même temps que les deux autres, présente les mêmes phénomènes que Daniel Briand, du neuvième au dixième jour; et sa sœur ainée, qui habitait dans la même maison, fut atteinte, quelques jours après, d'une varioloïde discrète bien caractérisée.

Obs. VIIIe—Une sœur de celle-ci, âgée de six mois, vaccinée huit jours plus tard avec du vaccin provenant de Marie Bos, était faible et cachectique. Elle ne présenta, comme le sujet de l'observation deuxième, que quelques boutons sur les bras, sans caractère marqué, du neuvième au dixième jour.

Obs. IXe—Un de mes confrères me fit voir, vers le même temps, le jeune Boussenot, enfant de dix-huit mois, dont la vaccine, pratiquée le 26 juin, s'était développée régulièrement. Puis, le huitième jour, il avait été pris de fièvre et de céphalalgie violente. Le dixième jour il était couvert de boutons qui, lorsque je le visitai le 16 juillet, étaient volumineux, remplis de pus, déprimés au centre pour la plupart, se touchaient presque sur le tronc et les membres, et ne formaient déjà plus qu'une croûte sur la figure. L'odeur variolique était des plus fortes. Cependant la fièvre était moindre et l'issue de la maladie paraissait devoir être favorable, ainsi que cela eut lieu en effet. C'est le seul enfant qui ait éprouvé, à la suite de la vaccine, une éruption aussi grave, éruption d'une nature telle qu'il eût été difficile d'établir en quoi elle appartenait à la varioloïde plutôt qu'à la variole véritable.

Hors ce cas, les accidens qui mirent les enfans en danger à la suite des vaccinations de 1833, se rapportèrent plutôt aux préludes de l'éruption qu'à l'éruption elle-même. Les convulsions, chez les sujets prédisposés, jetèrent plus d'une fois l'alarme dans les familles, sans qu'on ait eu cependant aucun événement funeste à déplorer. La même absence de mortalité, par le fait de la vaccine, avait été observée à Londres en 1799, dans les cas où la complication d'une éruption pustuleuse était de nature à susciter des accidens redoutables.

Obs. Xe—Je fus appelé, le 11 juillet, auprès du jeune Félix, âgé de trois ans, chez lequel la vaccine, parvenue au huitième jour, offrait déjà une dépression noirâtre à son centre et un affaissement du bouton qui ne permettait plus d'en extraire de sérosité. Une forte fièvre s'était déclarée depuis vingt-quatre heures. Il était en proie, pour le moment, à des convulsions violentes. Instruit par d'autres exemples, j'annonçai une éruption prochaine qui eut lieu en effet le lendemain sur la face d'abord, puis sur le corps. Les boutons furent en petit nombre et offrirent le caractère de la varicelle. La dessiccation fut prompte, et le rétablissement ne se fit pas attendre.

Plusieurs autres enfans ont offert, dans des circonstances semblables, des accidens et un résultat analogues. Néanmoins, la frayeur gagnant de plus en plus les esprits, les sujets qui se présentaient pour être vaccinés devenaient plus rares de jour en jour, et bientôt nos vaccinations furent forcément interrompues. Le fait suivant y contribua pour beaucoup.

Obs. XIe— L'enfant de M. le docteur Vizerie, zélé propagateur de la vaccine, âgé seulement de deux mois, fut vacciné par son père dans les derniers jours de juillet avec un virus choisi sur un enfant bien sain et porteur de beaux boutons. Deux piqûres furent pratiquées à chaque bras. Dès le second jour, elles deviennent pustuleuses; le troisième, elles s'enflamment. Le bras devient rouge, dur, rénittent; les pustules s'élargissent, creusent et s'étendent sous l'épiderme jusqu'à se confondre, bien qu'elles fussent distantes d'environ dix lignes; la fièvre est des plus vives. Les symptômes graves se terminent le cinquième jour par l'éruption de boutons varioliformes peu nombreux sur diverses parties du corps. Ces boutons sont remplis d'une eau rousse plutôt que de pus, et se dessèchent rapidement. Le caractère de l'éruption secondaire est encore cette fois celui de la varicelle, qui régnait plus particulièrement au commencement de l'épidémie.

A cet égard on a observé, à la suite de la vaccine, des cas à-peu-près aussi nombreux d'une de ces affections que de l'autre, et une diversité remarquable, tant dans la marche que dans la forme de l'éruption, ainsi qu'on en peut juger par cette première série d'observations que, à dessein, nous avons choisies d'une physionomie variée, afin de compléter la description générale que nous avons donnée au commencement de cet article.

Eruptions varioliformes indépendantes de la vaccine. — Déjà nous l'avons dit, quelques varicelles avaient paru avant la reprise des vaccinations. Pendant le cours de celle-ci, nous en observâmes un grand nombre, tant chez les individus qui n'avaient, en aucune façon, cohabité avec les enfans vaccinés, que chez ceux qui leur prêtaient des soins habituels. Des varioloïdes s'y mêlèrent dès le commencement: le nombre en augmenta chaque jour, alors même que les vaccinations eurent cessé complètement, et quelques cas de varioles véritables qui s'y joignirent, à dater du mois d'août, constituèrent pour notre pays une épidémie triple qui n'a complètement cessé qu'au mois de décembre de la même année.

Au nombre des personnes qui évidemment contractèrent la maladie par la cohabitation avec des individus vaccinés, il faut citer la mère du sujet de l'observation première qui allaitait son enfant, la tante du même enfant, et la nourrice de la petite fille de l'observation troisième. Chez Mme Mestre, l'éruption se fit avec peine le 14 juillet, quatorze jours après le début de la mala-

die chez son enfant, vingt-deux jours après l'inoculation de la vaccine; elle fut accompagnée d'accidens graves qui obligèrent de cesser l'allaitement, et manifesta dans son cours tous les caractères d'une varioloïde intense. Ainsi, au début, symptômes nerveux; éruption de pustules confluentes au troisième jour; développement rapide des pustules confluentes; dessiccation prompte et desquammation complète le quinzième jour. La maladie ne laissa d'autres traces que des rougeurs sur la figure, qui bientôt ont fait place à des dépressions correspondantes. Un an après, on en retrouve encore l'empreinte, mais presque entièrement effacée.

Chez la belle-sœur de cette dame, qui avait concouru à donner des soins à son enfant, la maladie débuta trois jours plus tard. Il y eut quatre jours de malaise avec fièvre; puis éruption de quelques boutons vésiculeux disséminés sur le corps. La fièvre cessa tout aussitôt, les boutons acquirent un certain volume et tombèrent en poussière après peu de jours. C'était la varicelle.

Chez la nourrice du deuxième enfant, le malaise et la fièvre se manifestèrent dix jours après le début de la varioloïde chez son nourrisson. Elle avait été vaccinée comme les deux précédentes. L'éruption se fit avec facilité, et les boutons furent ceux de la varioloïde. Ceux-ci se remplirent sans fièvre et disparurent en très-peu de jours.

Ces exemples de contagion ne furent pas les seuls, et nous nous crûmes obligés, à la suite de semblables observations fréquemment répétées, de céder, pendant quelque temps, à la mauvaise disposition des parens pour la vaccine. Nous ne nous arrêtâmes cependant que lorsqu'il fut bien démontré que la varioloïde acquérait en général un caractère plus grave par sa communication d'un enfant à une personne plus âgée. La responsabilité du médecin était ici fortement engagée; car, si, observant en même temps des éruptions varioliformes, provenant de la cohabitation, et d'autres qui ne pouvaient être attribuées qu'à l'influence épidémique, le médecin savait *à priori* faire la part de cette dernière, et pouvait prévoir que l'épidémie continuerait sa marche malgré la cessation des inoculations, le vulgaire ne raisonnait pas de même, et les hommes de l'art qui persistaient à vacciner étaient notoirement accusés d'entretenir la maladie.

Les vaccinations furent donc suspendues, à dater des premiers jours du mois d'août; mais on ne vit point disparaître pour cela, ni la varicelle, ni la varioloïde. Bien au contraire, ces affections ne furent jamais plus nombreuses qu'en août et septembre. Un quinzième de la population y fut soumis dans l'espace de cinq mois. Il est vrai de dire que chez tous ce n'était pas une éruption régulière, que chez le plus grand nombre le développement des pustules ne suivait pas une marche fixe, et que le caractère de l'éruption était extrêmement varié.

Quoi qu'il en soit, il devint évident pour tous que l'épidémie avait une existence indépendante de la vaccine, et que, si dans l'origine, les enfans vaccinés en avaient été plus particulièrement atteints, c'était sans doute à cause des mouvemens que la vaccine suscite dans l'économie et de la fièvre qu'elle développe. Cela est si vrai, que l'intensité de l'éruption secondaire était en raison de la fièvre vaccinale, et que celle-ci était d'autant plus forte que la vaccine avait mieux réussi. Ainsi, les enfans qui n'avaient qu'un ou deux boutons (ce qui était fort rare), ou dont les pustules vaccinales restaient petites, en raison du peu d'énergie de leur constitution (obs. IIe), n'éprouvant que peu ou point de fièvre, l'éruption secondaire n'existait pas ou passait inaperçue, tant elle était légère.

Une remarque qu'on pouvait faire dans le même temps et qui vient à l'appui de notre opinion, c'est que toutes les maladies fébriles de cette époque, quelle qu'en fût la cause, se terminaient par l'éruption de quelques boutons, vésiculeux la plupart du temps, ordinairement après des sueurs, et particulièrement dans les parties du corps où la sueur avait été plus prononcée. L'éruption se faisait, tantôt après plusieurs jours d'une bronchite aiguë ou d'une fièvre opiniâtre, tantôt même après plusieurs accès de fièvre intermittente. D'autres fois, elle ne se bornait pas à quelques boutons de peu de durée et d'un caractère équivoque : c'était une varioloïde intense ou même la variole qu'on voyait se faire jour après sept à huit jours de fièvre et d'accidens variés. Une si longue attente éloignait l'idée de la petite-vérole, et fort souvent les malades, qui se rappelaient avoir eu le corps refroidi au commencement de leur maladie, l'attribuaient à quelqu'imprudence qu'ils avaient commise. Habitués à cette idée, ils ne l'abandonnaient pas, alors même que l'éruption était en pleine activité, et ils ne disaient pas : *J'ai gagné la petite-vérole*, mais *c'est un coup-d'air* (1) *qui me l'a donnée*. Peut-être avaient-ils raison.

Du reste, la direction excentrique de tous les mouvemens du corps était alors si prononcée, que du 1er avril au 1er octobre il y eut bien peu de vésicatoires, et même de cautères, nouveaux ou anciens, qui ne s'enflammassent et ne fussent environnés de furoncles qui obligeaient souvent de les abandonner.

A l'égard des variétés qui se manifestaient dans la forme de l'éruption, elles étaient si nombreuses qu'il serait impossible de les décrire. Ainsi j'ai observé des boutons rouges et coniques qui se développaient à peine, des taches saillantes, lenticulaires, comme dans la rougeole boutonneuse; des espèces de furoncles sur des plaques scarlatineuses, des plaques larges et humides, des efflorescences serpigineuses bientôt surmontées de croûtes épaisses semblables à de la mousse, etc. Toutes ces formes se rapprochaient plus ou moins dans leur marche de celle de la variole, et parcouraient dans un temps plus ou moins long les diverses parties du corps, à-peu-près dans l'ordre où se manifestent les boutons de la petite-vérole. Dans d'autres cas, la marche de l'éruption était en quelque sorte chronique, parfois

(1) Expression du pays.

intermittente. Plusieurs personnes ont éprouvé deux ou trois phlegmasies pustuleuses pendant le cours de l'été, qui fut d'ailleurs très-chaud, mais bien évidemment sous l'influence de l'épidémie régnante.

Le fait suivant m'a été signalé par l'un de mes confrères. Un enfant meurt de la petite-vérole ou de la varioloïde : le même jour sa plus jeune sœur tombe malade. Elle est atteinte d'une miliaire scarlatineuse qui parcourt ses périodes sans accidens graves. Le septième jour, la miliaire étant complètement terminée, on découvre, sur toute l'étendue du dos qui n'avait pas été visitée jusqu'alors, des boutons de varioloïde déjà en croûtes, tandis qu'il n'en existait pas un sur la face antérieure du corps.

Les éruptions anomales disparurent en grande partie avec les chaleurs de l'été. Les enfans dès-lors ne furent presque plus atteints. La varioloïde et la variole prirent le dessus, et s'attaquèrent surtout aux adultes de 20 à 30 ans. Les vieillards parurent jouir de la même immunité que les enfans. Ces maladies devinrent très-graves en octobre et en novembre. Plusieurs fois la varioloïde menaça l'existence des individus, et il est telle forme de cette affection qu'il eût été bien difficile de distinguer de la petite-vérole pendant le cours de la maladie. Quand elle a laissé des traces sur la figure, elles ont été légères et à peine de la largeur d'une tête d'épingle.

Quant à la variole, elle a été en général très-mauvaise, surtout chez les habitans de la campagne. La forme scorbutique ou adynamique, dans laquelle les boutons restent rouges sans pouvoir parvenir à se remplir, a été l'une des plus communes. Il faut même dire qu'elle s'est montrée chez des individus que tout assurait avoir été vaccinés antérieurement avec succès. J'avais déjà recueilli des faits pareils pendant mon séjour à Strasbourg, dans l'épidémie de 1827 : ce n'est pas ici le lieu de les citer.

Dans mon opinion, ces faits exceptionnels ne prouvent rien contre la vaccine, et il vaut mieux les avouer avec franchise que les nier systématiquement. Bientôt peut-être on reconnaîtra qu'il est des épidémies de varioles supérieures, pour ainsi dire, à la vaccine qui ne peut les atteindre complétement, et que ce sont celles-là qui, modifiées par le vaccin, engendrent la varioloïde. Cette opinion du docteur Albers de Berlin, me paraît bien près de la vérité (1).

N'ayant pour but dans ce travail que d'envisager la variole et la varioloïde dans leurs rapports avec la vaccine, je supprime les observations de ces maladies que je pourrais fournir, et je reviens à l'objet spécial de ce mémoire.

L'épidémie de varioloïde et de variole ne s'est terminée dans notre localité que vers la fin de décembre 1833; mais tout ce temps ne s'est pas écoulé sans que j'aie fait de nouvelles tentatives de vaccination dont il me reste maintenant à rendre compte pour compléter cette esquisse.

La première reprise des vaccinations eut lieu le 27 du mois d'août, avec du vaccin que j'avais fait venir de Paris, et dont la qualité n'était pas douteuse. Je l'inoculai à trois enfans en bas âge. Chez l'un il n'a rien produit; chez les deux autres je n'ai produit qu'un seul bouton à l'un des bras, malgré un assez bon nombre de piqûres. Dans un des cas l'incubation fut de trois jours, le bouton resta petit, ne présenta point d'auréole, et se dessécha dès le septième jour. Ce vaccin n'a pas été transmis, mais l'enfant a été revacciné cette année avec une grande attention, et la vaccine n'a point réussi. Chez l'autre enfant, le bouton unique ne s'est prononcé qu'au huitième jour de l'inoculation; il est resté petit et sec, mais s'est environné d'une auréole qui n'existait pas chez le premier. Il n'a été accompagné, de même que le précédent, d'aucune espèce de fièvre et d'aucune espèce d'éruption. Je n'ai pu propager le virus de ces boutons, faute de sujets dont les parens fussent disposés à s'y prêter.

Je ne me laissai pas décourager pour cela. Le 27 octobre, muni d'un nouveau vaccin qui m'avait été envoyé de Périgueux où la variole n'existait pas, je tentai de nouveau l'inoculation à la campagne, sur la rive gauche de la Dordogne, qui jusque-là n'avait participé que faiblement à l'épidémie. J'opérai d'abord sur l'enfant du baron de F..., habitant dans une commune qui avait été préservée. Le succès de la vaccine fut complet sur cet enfant. Je pris du vaccin pour un enfant de la ville et pour deux autres du même village. Le premier eut deux beaux boutons dont la marche fut régulière, à tel point que le vaccin me fut demandé pour un de ses cousins. Mais le onzième jour on vit surgir à la face une éruption de boutons assez mal caractérisés, qui séchèrent si rapidement qu'on serait resté dans l'incertitude sur leur nature, si, peu après, la mère et ensuite la nourrice n'avaient été atteintes de varioloïde. Néanmoins le vaccin inoculé avant l'éruption suivit chez l'autre enfant une marche régulière et fut exempt de toute complication.

Quant aux deux sujets vaccinés à la campagne, leur vaccine ne fut pas des plus régulières, quoique légitime; elle ne fut accompagnée d'aucun accident éruptif.

Au commencement de novembre je vaccinai un jeune garçon d'un village voisin avec du virus puisé chez un enfant qui avait été vacciné à Sainte-Foy, petite ville du département de la Gironde, où, depuis la reprise des vaccinations, on n'avait pas observé d'accidens du genre de ceux que nous avons signalés. Ce jeune garçon eut sept boutons magnifiques; mais au dixième jour l'éruption secondaire se manifesta. Tous les enfans vaccinés sur celui-ci eurent autant de boutons que de

(1) M. le docteur Vizerie m'autorise à publier l'expérience suivante vérifiée par deux autres médecins. Trois piqûres furent faites à un bras avec une lancette imprégnée de virus-vaccin, et trois autres à l'autre bras du même enfant avec une lancette trempée dans le pus de la varioloïde. Des boutons correspondans aux piqûres se développèrent à l'un et l'autre bras, conformes chacun à la nature du virus qui lui avait donné naissance.

piqûres, mais aucun ne fut exempt de l'éruption secondaire, et quelques-uns propagèrent la varioloïde dans leur famille.

En 1834 les vaccinations ont été commencées de bonne heure. L'épidémie avait cessé dans toute la contrée; les vaccinations ont été très-régulières, et je n'ai pas appris que dans le nord du département, où la petite-vérole a régné pendant deux ou trois mois, les médecins aient observé d'éruption anomale comme complication de la vaccine.

Je reviens un instant sur le caractère des vaccinations de 1833, pratiquées dans les communes rurales par quelques-uns de nos confrères qui avaient reçu le vaccin de Bergerac, dans le temps qu'on y observait les varicelles et varioloïdes consécutives.

MM. Maccrouse et Denoix, qui exercent la médecine dans des cantons séparés, ont observé que le vaccin était accompagné d'éruptions pustuleuses dans certaines communes, et ne l'était pas dans d'autres, selon que la varicelle ou la varioloïde s'y était offerte précédemment ou qu'elles en avaient été préservées. M. Macerouse en particulier m'a fourni des détails précis à cet égard. Les deux enfans de M. Maine de Biran avaient déjà éprouva la varicelle lorsque l'on vaccina la plus jeune de ses filles avec du vaccin recueilli sur un enfant qui a éprouvé deux jours après la varioloïde. Cette jeune vaccinée fut transportée à deux lieues de là pendant le cours de la vaccine. Au huitième jour, M. Maccrouse se servit de ces boutons pour communiquer le vaccin à un jeune garçon; M.lle de Biran fut atteinte de l'éruption varioliforme, et ce jeune garçon ne l'éprouva point. Le vaccin de celui-ci, transmis à d'autres enfans, et en particulier à la propre fille de M. Macerouse, resta pur pendant un mois entre les mains de ce médecin, jusqu'à ce que, l'ayant transporté dans une commune éloignée de sa circonscription médicale, ou la varioloïde et la variole avaient déjà pénétré, il perdit tout-à-coup son immunité, et fut l'occasion, comme à Bergerac, d'éruptions secondaires plus ou moins fâcheuses.

Les pluies et les premiers froids de l'hiver mirent fin à l'épidémie dans les campagnes comme à la ville. En décembre, une diminution sensible se manifesta dans le nombre des varioles; on ne voyait guère que des varioloïdes avortées qui s'annonçaient par une fièvre assez forte, du caractère variolique le plus prononcé. Ainsi au début : mal de reins, céphalalgie, nausées, douleurs des membres, pouls fort, chaleur intense, puis moiteur et fourmillement dans toutes les chairs. Ces symptômes duraient de trois à cinq jours, et se terminaient par l'éruption de quelques boutons isolés, successifs, rouges, acuminés, qui ne se remplissaient même pas le plus souvent. Quelquefois aussi à la suite des mêmes symptômes, il n'y avait pas d'éruption, et la fièvre se prolongea pendant un ou deux septénaires, sans localisation de la maladie : *variolæ sine variolis.*

L'épidémie de varioloïde et de variole a été remplacée immédiatement par une épidémie de rougeole presqu'aussi générale que la première.

En résumé, les vaccinations de 1833 ont présenté dans nos contrées (aussi bien que dans plusieurs autres parties du Midi et dans quelques points disséminés du Nord de la France), des accidens et des anomalies analogues à ce qui avait été observé, dès les premiers temps de la vaccine, à Londres, à Genève, en Hanovre, etc.

Ces accidens et ces anomalies sont expliqués par l'influence de l'épidémie triple de varicelle, de variole et de varioloïde, qui a régné dans le temps, et dont le début a coïncidé avec les premières vaccinations.

On ne peut attribuer l'éruption secondaire (bien qu'elle se manifestât au dixième jour de l'insertion du vaccin, comme dans la variole inoculée), au mélange du virus variolique avec le vaccin, puisque dans ce cas l'éruption aurait dû se montrer également dans tous les lieux et chez tous les sujets inoculés avec un vaccin identique.

L'antériorité des varicelles dans le plus grand nombre des localités, la diversité des éruptions et la tendance générale aux exanthèmes cutanés chez tous les malades pendant les cours de l'épidémie, sont autant de circonstances qui militent en faveur de l'influence miasmatique que nous avons admise comme cause des éruptions secondaires. La génération l'une par l'autre, de la varicelle, de la variole et de la varioloïde, est un fait qu'il faut noter.

Une conséquence pratique découle de nos observations; c'est qu'on ferait un très-faux calcul si on laissait désarmés contre la variole de pauvres enfans, dans la crainte d'une éruption consécutive de varioloïde, le plus souvent légère, très-rarement accompagnée de symptômes graves, et jamais mortelle. La seule circonstance qui existe contre la pratique de la vaccine en temps d'épidémie, est la propagation de l'éruption varioliforme aux nourrices et aux proches, avec un caractère de gravité qui n'existe pas chez les enfans.

L'avenir seul fera connaître quelle est l'action préservatrice de ce vaccin modifié dans sa forme, et suivi d'une éruption qui pourrait être regardée comme un bienfait, si elle devait préserver de toute varioloïde ultérieure, en même temps que le vaccin garantirait de la véritable petite-vérole. Le vaccin ainsi modifié réunirait dans ce cas les avantages de la vaccine et de l'inoculation de cette espèce de la variole dont la vaccine ne préserve pas.

Observations de maladies des centres nerveux; recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Rostan, *par* A. Duplay, *chef de clinique.* (IIe article).

Dans la première partie de ce travail, nous avons exposé divers cas de ramollissement cérébral. Nous allons maintenant donner les observations d'hémorrhagie dans l'encéphale ou d'apoplexie que nous avons recueillies,

afin de faire ressortir les différences qui peuvent exister dans la marche de ces deux affections.

Obs. VIe *Hémorrhagie cérébrale très-forte envahissant les ventricules. Déchirure de l'arachnoïde et épanchement sanguin dans sa cavité comprimant les deux lobes du cerveau. Fracture du crâne.*—La nommée Genot, journalière, âgée de 70 ans, demeurant rue Saint-Martin n° 231, fut apportée, le 15 avril 1834, à l'hôpital de la Pitié, et placée au n° 2 de la salle Notre-Dame. Cette femme avait été trouvée sans connaissance au bas de son escalier, et une de ses voisines l'avait fait conduire à l'hôpital. L'élève de garde appelé lui pratiqua une saignée copieuse et employa les révulsifs à l'intérieur et à l'extérieur. Le lendemain, 16 avril, l'état de maladie était encore pire que la veille; il y avait perte complète de connaissance, résolution des quatre membres, et insensibilité complète à tout agent extérieur. La respiration était stertoreuse; la malade laissait échapper de sa bouche une écume séreuse abondante. Les déjections étaient involontaires, tout annonçait une mort imminente. La malade mourut en effet avant la fin de la visite.

L'autopsie fut faite le lendemain, vingt-quatre heures après la mort, et l'on rencontra les désordres suivans :

En incisant les tégumens du crâne, on trouve une vaste ecchymose qui occupe tout le côté droit de la tête et une partie du côté correspondant de la face. Cette infiltration de sang s'étend non-seulement à toute l'épaisseur du cuir chevelu, mais au périoste lui-même. En découvrant les os du crâne, on aperçoit une fracture qui s'étend depuis la fosse zygomatique jusqu'à la partie postérieure de la suture sagittale, en se dirigeant obliquement en arrière sur le temporal et sur le pariétal.

Ces désordres portèrent M. Rostan à nous faire interrompre l'autopsie. Cette femme pouvait bien avoir été la victime de quelque violence, et n'avoir pas succombé à une simple hémorrhagie cérébrale. L'autopsie fut donc reprise, le lendemain, en présence d'un commissaire de police.

La dure-mère offrait une teinte bleuâtre; elle adhérait fortement aux os du crâne. Un liquide abondant la soulevait et la séparait de la face supérieure du cerveau; lorsqu'elle fut incisée, on put constater la présence d'un épanchement sanguin énorme dans la cavité de l'arachnoïde. Ce sang, à demi coagulé, formait tout autour de la masse encéphalique, une couche de deux lignes environ d'épaisseur; les fosses de la base du crâne contenaient toutes une grande quantité de ce même sang coagulé. La substance cérébrale, divisée successivement par couches, est parfaitement saine. Les ventricules sont remplis par une grande quantité de sang; le plancher du ventricule latéral droit est déchiré à sa partie antérieure; cette déchirure communique avec un vaste foyer apoplectique capable de loger un gros œuf de poule et contenant des caillots abondans; la substance cérébrale, qui en forme les parois, est comme triturée, et son mélange avec le sang lui donne une teinte lie de vin. Cet vaste foyer est situé à la réunion du lobe antérieur avec le lobe moyen; il s'étend jusqu'à la face inférieure du cerveau; là, l'arachnoïde est déchirée dans une étendue considérable, et c'est de là que le sang est épanché dans la grande cavité de la membrane séreuse.

L'examen de tous les autres organes ne nous a présenté aucune particularité remarquable.

D'après les symptômes et l'invasion subite de la maladie au milieu d'une santé excellente, comme nous l'ont appris les parens de cette femme, on ne pouvait méconnaître une hémorrhagie cérébrale. D'après l'état de résolution générale des membres et d'après l'abolition de tous les sens, cette hémorrhagie devait être évidemment très-considérable; elle devait comprimer à la fois les deux lobes du cerveau. C'est ce que l'autopsie vérifia; mais, au lieu de les comprimer de dedans en dehors, comme dans les cas ordinaires par suite de l'irruption du sang dans les ventricules, c'était de dehors en dedans, ce qui s'observe beaucoup plus rarement, mais ce qui amène les mêmes résultats.

Certes, c'est là un cas d'hémorrhagie cérébrale des plus considérables, et cependant, comme l'a fait remarquer M. Rostan, la mort n'a été pas instantanée; elle s'est fait attendre un certain nombre d'heures. Aussi, lorsque la mort est subite, instantanée, ce n'est jamais dans son opinion une hémorrhagie cérébrale qui la détermine, c'est une rupture du cœur ou des gros vaisseaux.

Dans l'observation suivante, l'hémorrhagie est moins étendue; mais la terminaison, quoique plus tardive, n'en fut pas plus heureuse, et le malade succomba.

Obs. VIIe *Symptômes d'apoplexie. Hémiplégie gauche. Alternatives nombreuses de mieux et de pire. Erysipèle de la face Emploi des vésicatoires. Parotide. Mort. Foyer apoplectique énorme occupant la partie postérieure et moyenne de l'hémisphère cérébral droit. Irruption de l'hémorrhagie dans le ventricule droit; légère déchirure du septum médian, et léger épanchement dans le ventricule gauche. Hépatisation et abcès circonscrits des poumons.* — Jean-Jacques Griveau, journalier, âgé de 54 ans, d'une bonne santé pendant son enfance et sa jeunesse, d'une stature moyenne, d'un embonpoint médiocre et ne présentant aucun des caractères de la constitution apoplectique, se lève à cinq heures du matin pour aller à son travail, le dimanche 10 novembre 1833. Tout-à-coup il chancelle et tombe sans connaissance. Une heure après on le relève; il avait perdu la parole, et tout le côté gauche était paralysé. Avant cet accident, Griveau avait joui d'une excellente santé; il n'avait éprouvé, ni fourmillement, ni crampes, ni faiblesse dans les membres; il n'avait même ressenti, vers la tête, aucune douleur, ni aucun symptôme qui pût faire pressentir son accident. Pendant deux jours il reste sans secours, et il est apporté à l'hôpital le mardi 12 novembre. Le 13, à la visite, il présentait l'état suivant :

La tête est fortement inclinée à droite par une véritable torsion du col. Les yeux sont tous deux fortement

tournés en haut et à gauche; le regard est incertain. La commissure droite des lèvres est tirée en dehors. Il y a résolution complète des membres du côté gauche : quand on les soulève, ils retombent comme une masse inerte. Quant à la sensibilité, elle n'est pas complètement abolie; car, lorsqu'on pince le malade, il s'agite et donne des signes de douleur. Le côté droit, au contraire, jouit de tous ses mouvemens; aussi le malade est-il sans cesse poussé vers le bord gauche de son lit par le côté droit, auquel le côté gauche ne peut plus résister. Il y a une céphalalgie très-violente dans le côté droit de la tête, le malade y porte la main; c'est là, dit-il, qu'est tout son mal; il voit, il entend, et répond juste aux questions qui lui sont adressées; il raconte lui-même son accident et se fait remarquer par une loquacité que rien ne peut arrêter. La langue est humide; elle sort de la bouche sans être inclinée à droite ou à gauche. L'épigastre est légèrement sensible; la respiration est normale; le cœur présente des battemens réguliers. Le pouls est lent et marque 80 pulsations.

On diagnostique une hémorrhagie cérébrale, occupant probablement la partie moyenne de l'hémisphère droit du cerveau, pourvu que les renseignemens, fournis seulement par le malade sur la marche de sa maladie, soient exacts. On fait la prescription suivante : Saignée du bras de douze onces; chicorée avec sulfate de soude; lavement de séné; sinapismes; glace sur la tête; diète.

14. La tête est toujours fortement tournée à droite; même céphalalgie; même état du côté paralysé; loquacité un peu moindre que la veille. Le sang fourni par la saignée n'est pas couenneux. Le pouls marque 80 pulsations comme la veille. L'état des organes digestifs est le même. Il y a eu trois évacuations alvines. (12 sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde; chicorée avec sulfate de soude. Lavement de séné. Sinapisme. Glace sur la tête. Diète).

15. Légère amélioration. Le malade peut prendre son verre pour boire. Le col n'est plus tordu comme la veille; la déviation de la bouche est un peu moins marquée; la parole légèrement embarrassée, et la loquacité du malade un peu moindre. La céphalalgie est moins intense. La sensibilité semble un peu revenue dans le côté gauche; le malade témoigne de la douleur lorsqu'on pince la peau même assez légèrement. (Chicorée avec sulfate de soude. Lavement de séné. Synapismes. Glace sur la tête).

16. La face est injectée, la tête est toujours très-douloureuse, le malade y porte continuellement la main; la sensibilité paraît un peu revenue dans le côté gauche; le pouls est fort, il marque 64 pulsations; l'abdomen est douloureux à la pression (Saignée de 10 onces; orge miel.; lavement simple).

Le 17. La céphalalgie est un peu moindre; les douleurs abdominales ont disparu. Le 18, même état.

Le 19. Il y a eu du délire pendant la nuit; le malade s'est agité; il a empêché ses voisins de dormir. Torsion du col beaucoup moindre. La bouche est beaucoup moins déformée. Les membres du côté gauche sont toujours dans la résolution la plus complète; la sensibilité est dans le même état que les jours précédens; céphalalgie toujours très-vive; la langue est humide, il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. (Orge miel. Lavement émollient. Sinapismes).

Le 20, la céphalalgie persistant, on applique un vésicatoire à la nuque.

Le 21, la tête n'est plus dans la rotation à droite; elle exécute des mouvemens à droite et à gauche. Les paupières du côté gauche sont collées par un mucus épais. Le malade a pu exécuter quelques mouvemens de la jambe gauche : lorsqu'on pince la cuisse gauche le malade y porte la main droite; lorsqu'on pince le bras gauche, le malade grimace, témoigne de la douleur, mais il ne peut plus la localiser; il porte alors sa main à son visage, prétendant que c'est là qu'il souffre. Les réponses sont justes. La vue ne paraît pas nette des deux côtés, le malade semble voir moins distinctement de l'œil gauche. La langue est humide, l'abdomen indolent; le malade est allé à la selle.

L'état du malade s'améliore jusqu'au 23. La céphalalgie persistant toujours, on supprime le vésicatoire à la nuque, et l'on en applique un à chaque jambe.

Les jours suivans, le malade présente des alternatives de mieux et de pire. Le 29, le facies est altéré; céphalalgie, plaintes, réponses moins faciles que les jours précédens. La céphalalgie est plus obtuse. Langue sèche; abdomen indolent; émission des urines, involontaire. Le 30, apparition d'un érysipèle sur le nez et sur la joue gauche. Prostration. Pouls petit, marquant 70 pulsations, langue sèche. Le 1er décembre, l'érysipèle a gagné presque toute la face; les paupières sont tuméfiées; le malade ne voit plus; il semble étranger à tout ce qui l'environne, et il est plongé dans un coma profond. L'état du membre paralysé est à-peu-près le même; la sensibilité paraît plus obtuse que les jours précédens.

Le 2, le front, le cuir-chevelu sont envahis par l'érysipèle; le malade est toujours dans le même état de somnolence; la langue est sèche et fuligineuse. On applique un vésicatoire sur la joue droite pour borner l'érysipèle.

Le 3, la face est moins tuméfiée; il existe quelques rides sur la peau du visage. Le cuir-chevelu paraît moins tendu; la pression est moins douloureuse. Le malade prononce quelques mots mal articulés; il paraît un peu moins étranger que la veille à ce qui l'environne. Langue toujours sèche; abdomen indolent. Evacuations alvines; émission de l'urine, involontaire; odeur de souris très-prononcée. Rien du côté de la poitrine; le pouls marque 72 pulsations. (Nouveau vésicatoire sur la joue du côté opposé; nouveau vésicatoire à la nuque : orge miel.)

Le 4, l'érysipèle a complétement disparu; les rides du front se dessinent; il y a un commencement de desquammation. Changement très-notable dans l'état du malade, il ouvre les yeux; son regard est naturel; il répond aux questions; mais la parole est un peu embar-

rassée. La langue est sèche, l'abdomen est tendu; le malade n'a pas été à la selle. Le mieux se soutient jusqu'au 8, époque à laquelle apparaît une parotide. Le 9, prostration extrême; facies altéré. La région parotidienne gauche est gonflée; elle est le siége d'une tumeur du volume d'un gros œuf de poule : la peau qui la recouvre est d'un rouge foncé; la langue est sèche et fuligineuse. La sensibilité a complètement disparu dans le membre paralysé. Le malade ne donne plus aucun signe de douleur quand on le pince. Les jours suivans, la tuméfaction de la région parotidienne augmente, la prostration fait des progrès, le malade tombe dans l'état typhoïde, l'insensibilité continue à être complète : la mort survient le 12 à dix heures du soir.

Autopsie 35 *heures après la mort.* — On remarque à l'extérieur du corps une saillie considérable au niveau de la région parotidienne gauche. La glande parotide est incisée; son tissu est frappé de suppuration qui s'échappe par gouttelettes. En pressant sur la glande, on fait sortir par le canal de Stenon une assez grande quantité de pus. Les parois du canal ne sont pas épaissies. La membrane muqueuse qui la tapisse n'est pas injectée. La peau qui recouvre le sacrum, les régions trochantériennes, sont le siége d'escarrhes assez profondes.

Tête. La dure-mère adhère assez fortement aux os du crâne. L'arachnoïde et la pie-mère sont injectées; elles sont fortement épaissies et présentent une teinte opaline. Elles se détachent facilement de la substance grise. Il existe une infiltration assez considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance grise est assez ferme; elle est un peu violacée. En l'incisant couche par couche on arrive dans un foyer hémorrhagique situé environ à six lignes de la face convexe de l'hémisphère droit. Le foyer, de forme ovalaire, capable de loger un œuf de poule, commence en arrière à un pouce de la face postérieure de l'hémisphère, et s'étend en avant jusqu'au corps strié qui semble le borner. Ses parois sont molles, formées par la substance cérébrale déchirée, et dont les lambeaux flottent au milieu de la cavité : elles sont revêtues d'une couche de caillots fibrineux. Dans une étendue de deux lignes environ, la substance cérébrale qui environne le foyer est d'un jaune orangé. En avant, la cavité est formée par le corps strié; en arrière par l'hémisphère; en dedans par le *septum lucidum* qui présente une légère déchirure. La paroi inférieure est formée par le plancher du ventricule, car le sang a fait irruption dans ce dernier et a détruit sa partie supérieure. Le sang qui est renfermé dans le foyer est en grande partie fluide, il semble s'être séparé en deux parties comme dans un vase; l'une plus fluide, l'autre plus solide, qui forme d'abord un caillot central, noir, assez ferme, et qui ensuite revêt d'une couche fibrineuse les parois du foyer. L'hémisphère gauche du cerveau est tout-à-fait sain. La cavité du ventricule contient une sérosité rougeâtre provenant d'un léger suintement qui s'est opéré par la déchirure du *septum lucidum.* La protubérance cérébrale présente vers sa face inférieure un petit ramollissement très-superficiel de la largeur d'une petite lentille ordinaire.

Thorax. Les poumons adhèrent assez fortement à la plèvre costale. La partie supérieure de chaque poumon est saine et crépitante; la base est hépatisée en rouge. Quelques points même sont passés à l'hépatisation grise. En les incisant il en découle un liquide formé par un mélange de pus et de sang. Le poumon droit présente au-dessous de la plèvre et vers son lobe moyen une petite cavité capable de loger l'extrémité du doigt indicateur, et remplie d'un pus louable et comme phlegmoneux. Le poumon gauche en présente deux entièrement analogues. Ces petits foyers purulens soulèvent la plèvre, et forment à la surface du poumon deux petites bosselures. Le cœur est du volume du poing du sujet. Toutes les cavités sont dans de bonnes proportions, et il n'existe aucun obstacle aux orifices.

Abdomen. L'abdomen et le reste du canal digestif ne présentent rien de bien remarquable. L'intestin grêle offre vers sa terminaison une injection assez prononcée. Les follicules isolés de Brunner sont saillans. Le foie, la rate, le pancréas et les voies urinaires ne présentent rien de particulier.

L'étendue des désordres rencontrés dans le cerveau, l'irruption du sang dans le ventricule correspondant au foyer hémorrhagique, un commencement de déchirure du septum médian, le passage d'une petite quantité de la partie la plus fluide du sang dans le ventricule du côté opposé, sont autant de particularités remarquables qui peuvent soulever plusieurs questions, et entre autres celle-ci : Est-il probable que dès le principe, les désordres aient été aussi considérables? Il est à présumer qu'il n'en a pas été ainsi. En effet, dans un moment, le malade éprouva une amélioration bien notable. La sensibilité avait reparu en grande partie dans les membres paralysés, et des mouvemens volontaires commençaient à s'exécuter. Or, si l'hémorrhagie eût été aussi considérable dès le principe, si elle eût envahi le ventricule et déchiré le septum médian, les accidens auraient été en s'aggravant d'une manière rapide, et n'auraient pas présenté un point d'arrêt comme chez ce malade. Il est plus probable que l'hémorrhagie, d'abord arrêtée, a continué plus tard d'une manière lente, et que le foyer s'aggrandissant peu-à-peu a détruit lentement la paroi supérieure du ventricule, et a fait irruption dans son intérieur, ce qui semblerait correspondre au moment où la sensibilité, après être revenue dans le membre, a disparu entièrement.

Dans le fait suivant l'invasion de la maladie a été aussi brusque, aussi instantanée. L'hémorrhagie a été sans doute moins considérable, car le malade a vu sa paralysie diminuer graduellement.

Obs. VIIIe — *Emotion très-vive; attaque d'épilepsie; paralysie des mouvemens et du sentiment du côté droit; perte de la mémoire. Retour de la motilité et de la sensibilité au bout de plusieurs mois. Persistance des attaques d'épilepsie.* — Etienne Citerne, cuisinier, âgé de 35 ans, d'une petite stature, mais fortement constitué, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 février 1834. Deux mois avant le maître chez lequel il servait eut une querelle avec sa femme, et voulut la frapper. Citerne s'élance pour les

séparer, mais il éprouve une émotion si vive, qu'il tombe tout-à-coup sans connaissance, et avec des mouvemens convulsifs. Au bout d'une heure il revient à lui, mais il s'aperçoit alors qu'il a perdu le mouvement et la sensibilité dans le bras et la jambe du côté droit. On le saigne plusieurs fois, on met en usage les révulsifs, et au bout de huit jours il avait recouvré en partie l'usage du bras et de la jambe paralysés; il pouvait porter la main à sa tête, mais avec de la difficulté, et il marchait en traînant la jambe. Au bout de dix jours, et sans aucun phénomène précurseur, il éprouve une nouvelle perte de connaissance avec mouvemens convulsifs, et depuis le même accident se renouvelle trois fois. Le 21 février il était dans l'état suivant :

Face rouge et vultueuse; pupilles fortement dilatées; parole très-pénible et très-difficile; perte de la mémoire; le malade, au milieu de ses phrases, s'arrête tout-à-coup, parce qu'il ne se rappelle pas les mots qu'il veut employer. Du reste, la langue ne présente pas de déviation. Mouvemens assez étendus du bras et de la jambe du côté droit; mais insensibilité des deux membres. Du reste, rien de notable; toutes les autres fonctions à l'état normal; pouls plein, développé, marquant 65 pulsations.

M. Rostan, d'après l'absence de tout symptôme précurseur et l'invasion subite de la maladie, diagnostique une hémorrhagie cérébrale de grosseur moyenne dans l'hémisphère gauche du cerveau. (Saignée de quatre palettes; orge miel.; lavement purgatif: pédiluves sinapisés; diète; tenir la tête découverte).

Le sang tiré la veille est riche en fibrine et couvert d'une couenne inflammatoire; les jours suivans on n'observe rien de particulier. Le 25, le malade éprouve encore de la difficulté à trouver les mots; le bras a recouvré un peu de sensibilité et jouit de mouvemens un peu plus étendus. Quant à la jambe, le malade la traîne avec assez de peine; pouls fort et fréquent. (15 sangsues derrière l'apophyse mastoïde gauche: pédiluves sinapisés; deux vermicelles).

Le 26. Il y avait moins de difficulté dans la parole; le bras paraissait plus sensible que la veille.

Le 26. Il y a, pendant dix minutes, un vertige épileptique, mais le malade ne perd pas connaissance.

Le 2 mars, la parole était beaucoup plus facile; la sensibilité était revenue d'une manière bien notable et la marche beaucoup plus facile. A dater de ce moment, l'amélioration alla toujours en augmentant; il n'y avait plus qu'une très-légère différence entre la motilité et la sensibilité du côté droit et celle du côté gauche, lorsque, le 12 mars, il est pris d'une attaque d'épilepsie dont nous sommes témoins pendant la visite. On lui pratique, le lendemain, une saignée du bras, non que les accidens de paralysie aient augmenté, mais parce que la face est un peu rouge.

Le malade, à dater de ce moment, recouvre peu à peu, mais complètement, les mouvemens et la sensibilité des membres paralysés; mais, tous les huit ou dix jours, il éprouve une nouvelle attaque d'épilepsie. On prescrit une saignée du bras de temps à autre pour prévenir ces attaques, et pendant trois semaines le malade n'en éprouve pas; mais, le 29 mai elles se répètent jusqu'à dix fois dans la même journée, sans cause appréciable. On lui pratique une saignée du bras qui est couenneuse. Depuis cette époque, les attaques d'épilepsie reviennent à peu près tous les quinze jours. Dans les premiers jours de juin, la paralysie des membres du côté droit a complètement disparu, et le malade agit de ce côté à-peu-près comme des membres du côté gauche. C'est alors qu'il est pris de symptômes de pneumonie, mais ils disparaissent sous l'influence de plusieurs saignées. Le malade resta encore quelque temps à l'hôpital, et il sortit dans le courant de juillet, guéri de son hémorrhagie cérébrale et sans avoir éprouvé d'attaque d'épilepsie depuis trois semaines.

Le début rapide de la maladie et la lésion subite du mouvement et du sentiment dans le côté droit firent pencher M. Rostan pour une hémorrhagie cérébrale. Le retour lent des mouvemens et de la sensibilité, ainsi que de la parole, firent rejetter complètement l'idée d'une simple congestion, car les accidens auraient disparu avec beaucoup plus de rapidité.

Ce fait, à part la complication des accès épileptiques, semble trouver son explication et sa confirmation dans le fait suivant, qui lui ressemble quant au début et quant à la cause de la maladie.

Obs. IXe — *Vive frayeur. Perte de connaissance. Paralysie du mouvement et du sentiment du côté gauche. Retour complet de la sensibilité et de la motilité au bout de deux ans. Abcès par congestion. Mort. Etat du foyer apoplectique au bout de quatre ans.* — Marie Serré, âgée de 30 ans, domestique, est placée le 20 janvier 1834, au n°. 22 de la salle Notre-Dame. Elle était habituellement d'une bonne santé. En 1830, pendant les journées de juillet, elle éprouve une frayeur excessivement vive; elle tombe sans connaissance, et lorsqu'on la relève tout le côté gauche du corps était paralysé. Des saignées et des révulsifs ramènent peu-à-peu le mouvement et la sensibilité qui étaient incomplètement revenus au bout de six mois. Aussi, lorsque la malade fut soumise à notre observation, elle ne présentait plus aucun symptôme de paralysie. Elle portait au milieu de la région dorsale une tumeur fluctuante volumineuse que l'on considéra comme provenant d'une maladie des vertèbres. Outre cela la malade présentait quelques symptômes de tubercules pulmonaires; au-dessous de la clavicule droite il y avait de la matité et une résonnance de la voix qui n'existait pas du côté opposé. Au bout d'un mois environ la fluctuation devenant de plus en plus évidente, on pratiqua une incision sur la tumeur que l'on vida complètement. Trente sangsues furent appliquées sur le foyer, et l'incision fut maintenue ouverte à l'aide d'une mèche. Au bout d'une quinzaine de jours il survint de la fièvre et de la diarrhée, et la malade commença à s'affaiblir. Dix jours avant la mort il survint une dyspnée excessive; la malade était assise dans son lit, la respiration était haletante. La percussion et l'auscultation faisaient reconnaître un épanchement énorme dans le côté gauche

de la poitrine. Ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus, et la malade succomba le 12 avril, trois mois environ après son entrée à l'hôpital.

Autopsie 30 heures après la mort. — Nos recherches portèrent principalement sur l'encéphale, dans le but de découvrir les traces de l'hémorrhagie cérébrale dont cette femme avait été frappée, car M. Rostan, d'après la marche des accidens, n'avait pas hésité à les faire dépendre d'une hémorrhagie. Les membranes du cerveau, la substance corticale et la substance blanche étaient partout dans leur état naturel. En examinant la couche optique et le corps strié du côté droit, on trouva entre ces deux parties les lésions suivantes : la substance cérébrale changeait tout-à-coup d'aspect et de consistance; elle était d'un blanc nacré, comme le tissu fibreux. Les fibres, au lieu d'être symétriquement et parallèlement disposées, étaient entrelacées d'une manière inextricable. La substance cérébrale vers ce point paraissait comme plissée. Elle offrait la consistance du tissu fibreux : aussi pouvait-on la soulever sur la pointe d'un scalpel comme une bride ligamenteuse, sans en opérer le déchirement. Des tractions du même genre beaucoup plus faibles, exercées sur le tissu environnant, le déchiraient avec la plus grande facilité. En divisant cette portion de tissu induré, l'on arriva dans une petite cavité arrondie, à parois lisses, recouvertes d'une sorte de membrane mince, et renfermant un peu de sérosité de couleur légèrement citrine. Cette petite cavité aurait pu loger un pois de grosseur moyenne. Quant à l'étendue de la cicatrice elle-même elle avait à-peu-près huit lignes d'avant en arrière et six de haut en bas. Elle s'étendait dans ce sens jusqu'à la face inférieure du cerveau. Le reste des centres nerveux ne présentait rien qui fut digne d'intérêt.

Thorax. Deux litres de liquide séro-purulent dans le côté gauche de la poitrine. Poumon fortement collé contre la colonne vertébrale, réduit au tiers de son volume, et recouvert, ainsi que toute la plèvre pariétale, d'une fausse membrane épaisse. Au niveau de la sixième et septième côtes, érosion de la plèvre, qui correspond à une masse de matière tuberculeuse située au-dessous de la membrane et immédiatement accollée aux côtes. Celles-ci sont ramollies au niveau de leur tête, et le scalpel les divise comme du cartilage. Un stylet introduit par cette érosion se dirige en arrière en passant entre les apophyses transverses des vertèbres correspondantes, et va se rendre dans le foyer qui versait du pus à la partie postérieure du tronc. Pas de tubercules dans le poumon droit; induration du tissu pulmonaire du sommet, et dilatation de plusieurs bronches, ce qui donnait lieu à cette bronchophonie qui avait simulé la pectoriloquie pendant la vie de cette femme.

Abdomen. Rien dans le canal intestinal et dans les autres organes abdominaux; seulement l'ovaire droit est beaucoup plus volumineux que le gauche; il présente, vers son bord supérieur, une bosselure très-prononcée. En la pressant entre les doigts, la membrane péritonéale se rompt et il s'échappe un petit corps arrondi du volume d'une cerise. Il est contenu dans une petite cavité de même forme et parfaitement lisse. Cette tumeur examinée était composée de couches sanguines superposées. Les plus extérieures étaient fibrineuses, et leur consistance diminuait à mesure que l'on se rapprochait de la partie centrale. Enfin, pour l'aspect et pour la consistance, on ne saurait mieux comparer ce caillot qu'à celui qui remplirait un kyste apoplectique ayant huit ou dix jours de date. Rien de semblable dans l'ovaire du côté opposé. Utérus sain; ouverture du col tellement petite qu'elle admet à peine l'extrémité d'un stylet très-fin.

Le foyer qui existait à la partie postérieure du tronc est examiné avec soin. On arrive par un sinus étroit entre les muscles qui remplissent les gouttières vertébrales, et jusques sur les apophyses transverses des sixième et septième vertèbres dorsales. Là se trouve une communication avec le petit foyer qui s'était ouvert dans la plèvre. Deux ou trois masses tuberculeuses ramollies sont couchées sur les lames des vertèbres. Du reste, le tissu osseux vers ce point n'est pas ramolli; il n'offre aucune altération, non plus que le corps des vertèbres correspondantes.

Comme dans l'observation précédente, nous voyons la paralysie d'un côté du corps survenir presque instantanément, et cela sous l'influence d'une émotion morale entièrement analogue, c'est-à-dire une vive frayeur. Nous voyons ces symptômes de paralysie disparaître peu-à-peu, comme dans l'observation de Citerne, et enfin nous constatons, par l'autopsie, la présence d'un foyer hémorrhagique presque complètement cicatrisé. C'est ainsi que les faits viennent s'éclairer mutuellement; aussi nous paraît-il démontré qu'il a existé dans l'observation précédente, indépendamment de la modification du système nerveux qui produit l'épilepsie, une hémorrhagie cérébrale qui a été peu-à-peu résorbée.

Nous terminerons cette revue par une maladie de la moelle épinière la seule qui se soit présentée à notre observation pendant tout le courant de l'année.

Obs. X^e^ — *Paraplégie fort ancienne survenue à la suite d'une vive colère. Abolition du mouvement et non du sentiment. Symptômes d'hémorrhagie cérébrale. Mort. Tumeur cancéreuse comprimant les nerfs de la queue de cheval. Tumeur analogue et ramollissement sur un point plus élevé de la moelle. Foyer apoplectique à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère cérébral gauche. Dégénérescence stéatomateuse des artères cérébrales.* — Le nommé Tiphaine, artiste dramatique, âgé de 56 ans, d'une bonne santé pendant son enfance et sa jeunesse, était connu parmi ses camarades pour sa gastronomie. Il y a cinq ans environ qu'il eut avec le directeur de son théâtre une très-vive altercation. Tiphaine entra dans une violente colère, ce qui du reste lui arrivait pour des motifs souvent moins graves en apparence. Presque aussitôt il éprouva de la faiblesse dans les extrémités inférieures, des engourdissemens, un sentiment de rétraction dans les muscles, et des douleurs dans la région lombaire. La marche devint chance-

lante, la difficulté augmenta de plus en plus, et au bout de six mois la perte du mouvement était complète; du reste la sensibilité n'était pas abolie. Ce malheureux, privé des ressources que lui fournissait son état, aidé pendant quelque temps par des amis, entra dans plusieurs hôpitaux où il fut regardé comme infirme: enfin il fut reçu à l'hôpital de la Pitié le 8 mai 1833, et il fut placé au n° 12 de la salle Saint-Joseph. Pendant tout ce temps il fut relégué dans cette salle et ne fut pas traité, car on le gardait dans cette salle dans l'intention de le faire placer à Bicêtre. M. Rostan prit le service le 1er novembre, et ce fut alors qu'il fixa l'attention des élèves sur ce fait. On lui représenta que c'était *un infirme* qui attendait sa place à Bicêtre, mais il saisit cette occasion pour faire ressortir cette grande vérité, qu'en fait d'observation rien n'est à dédaigner, et que ces maladies chroniques d'aussi longue durée sont souvent du plus haut intérêt sous le rapport de l'anatomie pathologique; du reste, l'événement devait bientôt prouver que *cet infirme*, délaissé pendant aussi long-temps comme ne pouvant servir à l'observation, portait une altération des plus curieuses. On tâcha d'obtenir de Tiphaine des renseignemens sur sa maladie, mais ce fut de toute impossibilité; il avait perdu presque complètement la mémoire; il avait beaucoup de peine à coordonner ses idées; lorsqu'on l'interrogeait sur un point de sa maladie, il se contredisait à chaque instant. Seulement il revenait toujours sur ce fait, que sa maladie avait commencé par un accès de colère, et jamais on n'a pu le trouver en contradiction avec lui-même sur l'origine de sa maladie. Du reste, ce fait a été constaté par quelqu'un qui le connaissait depuis long-temps, et qui nous a fourni le peu de renseignemens que nous donnons.

Lorsque le malade fut soumis à notre observation, c'est-à-dire vers le 10 novembre environ, il conservait encore de l'embonpoint; son visage était excellent; il paraissait assez gai, répondait aux questions qu'on lui adressait, mais il ne pouvait soutenir une conversation un peu longue. Les organes de la digestion et de la respiration paraissaient dans le meilleur état. L'excrétion des urines était involontaire. Les selles étaient très-rares, mais elles s'opéraient sans le secours des lavemens ni de tout autre remède. Les extrémités inférieures étaient atrophiées; les muscles, peu volumineux, étaient flasques. La marche ne pouvait avoir lieu; et lorsque le malade voulait se tenir debout, ses membres inférieurs se fléchissaient; du reste, ils conservaient leur sensibilité.

Tiphaine resta dans cet état pendant une huitaine de jours; depuis quelque temps il n'était pas allé à la selle; on lui avait ordonné plusieurs lavemens qu'il n'avait pas voulu prendre. Tout-à coup, le 19 novembre, il fut pris de perte de connaissance pendant la nuit. Le 20 au matin, il était couché sur le dos; la bouche ne présentait pas de déviation sensible; les deux membres thoraciques étaient dans la résolution la plus complète: le droit paraissait un peu moins sensible que le gauche. Il semblait entièrement étranger à tout ce qui l'environnait; il s'agitait, poussait des soupirs, et la respiration commençait déjà à s'embarrasser. La langue était sèche: il n'y avait pas eu de selles.

Le pouls était très-petit et fréquent. On prescrivit des sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes, et un lavement purgatif. Mais l'état du malade s'aggrava, et il mourut dans la journée sans avoir recouvré sa connaissance.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — On ne remarque rien de particulier à l'extérieur du corps.

Tête. Le crâne est très-épais. La dure-mère est saine. L'arachnoïde est légèrement injectée. Elle se détache facilement, ainsi que la pie-mère, de la surface des circonvolutions cérébrales. La surface corticale présente sa coloration et sa fermeté habituelles. La substance blanche ne présente rien de particulier du côté droit; mais à gauche, vers le tiers antérieur de l'hémisphère de ce côté, elle change de couleur à-peu-près dans l'étendue d'un pouce carré. Elle est plus ferme et plus consistante que dans les parties environnantes; elle est d'un rouge violacé. Cette rougeur ne tient pas à l'injection des vaisseaux qui traversent la substance blanche; elle n'est pas pointillée; c'est une sorte de teinture de la substance cérébrale. En pénétrant plus profondément et à trois lignes environ au-dessous, on rencontre un foyer hémorrhagique capable de loger une grosse noix. Ce foyer, dont la forme est ovalaire et dont la plus grande étendue est d'avant en arrière, renferme un caillot mou dont le centre, d'un noir foncé, est presque liquide. Les parois du foyer sont formées par la substance cérébrale irrégulièrement déchirée et fortement teinte en rouge violacé. La paroi inférieure du foyer n'est séparée du ventricule correspondant que par une couche de substance cérébrale de trois lignes d'épaisseur. Les ventricules ne contiennent qu'une petite quantité de sérosité. Toutes les autres parties du cerveau sont saines. Le cervelet ne présente aucune lésion appréciable. Les artères cérébrales sont généralement malades: on les aperçoit çà et là présentant une teinte jaunâtre; elles résistent fortement sous le doigt. Les artères qui se rendent vers le foyer apoplectique présentent, à un haut degré, les caractères physiques que nous venons de signaler; l'une d'elles est déchirée, et sa lumière béante s'aperçoit très-bien sur la paroi inférieure du foyer lorsqu'on l'a dépouillée des couches fibrineuses qui la recouvraient. Les artères examinées avec soin présentent un épaississement très-marqué de leurs parois, mais cet épaississement n'est pas général; il n'existe que sur des points plus ou moins éloignés. Dans les points où l'artère est malade, un examen attentif démontre les particularités suivantes. La tunique interne est lisse et conserve son épaisseur naturelle; mais en dehors existe une couche d'une demi-ligne d'épaisseur, d'un tissu blanchâtre tirant sur le jaune, friable, et de nature stéatomateuse; cette couche, qui adhère très-facilement à la tunique interne du vaisseau, se détache très-faiblement aussi de sa tunique externe. Elle forme une plaque presque libre entre les deux membranes. La plupart des artères qui rampent à la base du cerveau présentent cette altération.

La moelle vertébrale conserve généralement sa consistance normale. Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale environ, la substance blanche et la substance grise sont ramollies; leur consistance est beaucoup moindre quand on les compare avec les autres parties de la moelle. Au niveau de ce point il existe, au-dessous de la pie-mère et près du côté droit de la moelle, une petite tumeur du volume d'un pois ordinaire, irrégulièrement arrondie, présentant de petites bosselures à sa surface extérieure qui est lisse et comme recouverte d'une membrane séreuse. Cette petite tumeur incisée paraît formée d'un tissu lardacé rougeâtre. Vers la partie inférieure de la moelle, au niveau de la troisième vertèbre lombaire, le canal vertébral est occupé par une tumeur de même nature que la précédente. Cette tumeur, de forme irrégulière, lisse comme la tumeur précédente, a plus du double de son volume. Incisée elle présente entièrement le même aspect et la même nature. Elle flotte au milieu des nerfs qui forment la queue de cheval : cependant elle n'est pas entièrement libre au milieu du canal. Elle tient à un filet nerveux sur lequel rampe une petite veine gorgée de sang. En haut et en bas de la tumeur les deux extrémités du nerf se retrouvent; elles sont arrondies et libres; sur les côtés de la tumeur le filet nerveux s'applatit et semble se confondre intimement avec elle, ce qui porterait à croire qu'elle s'est développée dans l'épaisseur du cordon nerveux. Les nerfs environnans sont généralement peu volumineux.

Thorax. Les poumons sont remarquables par leur intégrité. Partout ils sont parfaitement crépitans. Le cœur présente le volume du poing du sujet. Ses parois sont à l'état normal, ainsi que toutes les cavités. L'aorte est dilatée immédiatement après sa sortie du ventricule gauche, elle présente un grand nombre de points d'ossification.

Abdomen. L'estomac est d'un volume ordinaire; il est parfaitement sain. Le duodénum, tout l'intestin grêle sont remarquables par leur intégrité. Le cœcum forme une tumeur du volume du poing, et d'une dureté très-grande; il est exactement rempli par des matières fécales d'une consistance très-dure, et qui se sont moulées exactement sur les bosselures de l'intestin. La membrane muqueuse qui se trouve en contact avec cette masse endurcie n'est pas altérée; elle offre une teinte légèrement rosée. Le colon ascendant, le colon transverse et le colon descendant, renferment dans plusieurs points de leur trajet des amas analogues de matières fécales endurcies, et qui forment des tumeurs bosselées et inégales.

Le foie, la rate, le pancréas, les reins ne présentent aucune lésion. La vessie distendue par l'urine s'élève un peu au-dessus de la symphyse du pubis.

Doit-on admettre dans cette observation remarquable, entre l'émotion vive éprouvée par le malade et la production accidentelle qui s'est développée dans les centres nerveux, des rapports de cause à effet? Il faut noter le fait, et attendre pour en juger la valeur, que d'autres viennent le confirmer.

Quant aux lésions elles-mêmes séparées de la cause qui semble leur avoir donné naissance, elles sont également dignes d'intérêt. La production de tumeurs cancéreuses dans l'arachnoïde spinale, n'est pas très-commune; cependant M. Cruveilhier, à qui la pièce fut montrée, m'a dit avoir observé plusieurs fois des productions lardacées entièrement analogues, qui s'étaient aussi développées dans l'arachnoïde spinale.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

—

Extrait d'un mémoire du docteur Stokes, *de Dublin, sur le diagnostic des anévrysmes internes* (1).

Obs. Ire *Anévrysme de l'artère hépatique; obstruction et distension des conduits biliaires; mort par rupture et épanchement dans la cavité péritonéale.* — Samuel Meares, âgé de 35 ans, de conduite régulière, ayant eu autrefois une attaque d'apoplexie, entra dans les salles du docteur Stokes, le 7 avril 1832, affecté d'une jaunisse générale. Neuf semaines auparavant, sans dérangement préalable dans sa santé, il fut pris d'une hématemèse abondante qui dura environ cinq jours; depuis cette époque, diminution de l'appétit; constipation. Le 29 juillet, pour la première fois, légère coloration jaune des jambes et des bras; du reste, pour tout symptôme remarquable, assoupissement. Le lendemain, nausées; douleur à l'épigastre; jaunisse générale; vision jaune. A son entrée à l'hôpital, soif; nausées; douleur épigastrique peu intense augmentée par la pression; urine et matières fécales offrant les caractères qu'elles ont ordinairement dans la jaunisse; pouls 112, tremblottant; abdomen tuméfié, mais surtout vers l'épigastre où l'on pouvait sentir le lobe gauche du foie qui paraissait volumineux et s'avançait vers l'hypochondre gauche. Le lobe droit paraissait également augmenté de volume; son bord inférieur s'étendait jusqu'à l'ombilic. A deux pouces à droite de cette dernière région existait une tumeur pyriforme, molle et fluctuante, que l'on présuma être la vésicule biliaire distendue. Le foie était inégal et sensible à la pression.

Pendant neuf jours, le malade resta dans cet état sans changement remarquable dans les symptômes. Son corps se couvrit d'une éruption miliaire et plus tard d'une éruption pétéchiale. La douleur, ressentie dans la tumeur avec ou sans pression, n'était pas constante; jamais cette dernière ne présenta de pulsations. Le malade n'accusait de douleur que lorsqu'on l'interrogeait sur ce sujet ou lorsqu'on palpait l'abdomen. Le septième jour, quoique la jaunisse fut extrêmement prononcée,

---

(1) *The Dublin Journal*, n° XV, p. 400. Trad. de l'anglais par le docteur G. Richelot.

les objets étaient vus avec leur couleur naturelle. Soif; anorexie ; langue lisse et livide. Le matin du 17 août, le malade s'étant assis sur son lit, se trouva mal, retomba en arrière et expira sans râle, et, en apparence, sans douleur.

Autopsie. — Tout le paquet des intestins était recouvert par une couche de sang récemment caillé, qui s'adaptait à toutes les circonvolutions. Ce large caillot équivalait à une pinte de sang. Le foie, contre toute attente, était plutôt petit que développé ; mais il était repoussé en avant par deux tumeurs qui faisaient saillie sous son bord inférieur. L'une était formée par la vésicule énormément distendue par la bile ; l'autre, située à droite de la première, occupait l'échancrure du bord antérieur du foie ; elle avait le volume d'une grosse orange ; le tissu cellulaire lui fournissait une enveloppe à surface inégale ; elle était généralement adhérente et sans fluctuation ; elle appuyait en arrière contre le rachis ; le pancréas recouvrait sa moitié inférieure ; l'aorte, parfaitement saine, n'avait aucune communication avec elle ; la dissection fit reconnaître qu'elle était due à un anévrysme de l'artère hépatique, recouvert par la capsule de Glisson et par du tissu cellulaire, et situé de manière à comprimer directement le conduit biliaire ; elle renfermait quelques caillots sanguins. L'ouverture de communication de l'anévrysme avec l'artère était bien délimitée; elle était constituée par une fente ovale qui paraissait être le résultat d'une lésion de tissu parfaitement circonscrite. Les divisions de la veine porte, dilatées, se ramifiaient sur la face interne et inférieure de la tumeur qui avait crevé à sa partie antéro-inférieure. L'état des conduits biliaires dans toute l'épaisseur du foie, était très-remarquable ; ils offraient une dilatation énorme jusqu'à leur terminaison. Les premières divisions pouvaient admettre le pouce ; la dilatation se continuait jusqu'à la surface du foie où l'on voyait de nombreuses tumeurs, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix, formées probablement par la dilatation des derniers rameaux de ces conduits. Ces tumeurs contenaient de la bile qui en sortait avec force quand on les incisait ; leur couleur était vert-foncé. La substance du foie était friable, ramollie, et semblait gorgée de bile. Le tube gastro-intestinal était sain.

Nos connaissances sur les anévrysmes de l'artère hépatique sont extrêmement bornées. Le docteur Stokes n'a pas pu trouver dans les auteurs un seul cas où les symptômes de cette affection eussent été observés pendant la vie. Bien que dans celui qui précède, la nature de la maladie n'ait pas été soupçonnée pendant la vie, cependant il présente quelques circonstances importantes qui pourraient aider, dans des cas analogues, à former un diagnostic exact.

Le sujet de cette observation avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'instant où il eût une hématémèse ; il resta ensuite mal portant jusqu'à l'apparition de la jaunisse, époque à laquelle parurent pour la première fois des symptômes un peu graves, tels que douleur à l'épigastre, nausées, etc. ; ceci eut lieux dix jours environ avant son entrée à l'hôpital, et ce fut alors aussi qu'on observa pour la première fois la tuméfaction de l'abdomen.

Le docteur Stokes fit remarquer à ses élèves toute l'obscurité dont ce cas était enveloppé : car le développement apparent du foie, considéré comme un résultat d'hépatite chronique, était beaucoup trop considérable pour s'être effectué en si peu de temps. Ce médecin ne chercha point à expliquer la distension de la vésicule ; il ne fit aucune exploration avec le stéthoscope, ce qu'il regrette vivement. Mais une circonstance sur laquelle on ne peut élever aucun doute, c'est que jamais la tumeur ne présenta de pulsations appréciables, soit pour l'explorateur, soit pour le malade lui-même.

L'autopsie cadavérique rendit très-bien compte de la tuméfaction rapide du foie, ou plutôt de son déplacement, causé par la pression de la tumeur anévrysmale. Un phénomène semblable est rapporté par le docteur Beatty, dans une observation remarquable d'anévrysme de l'aorte abdominale qu'il a publiée dans le cinquième volume du *Dublin hospital Reports*. Dans ce cas, quelque temps avant la mort, le foie parut tuméfié ; son volume s'accrut de jour en jour ; le malade mourut par rupture du sac anévrysmal dans la plèvre droite. Lorsqu'on se disposa à ouvrir le cadavre, la tuméfaction du foie avait disparu, ce qui fut facilement expliqué par les résultats nécroscopiques. Le docteur Beatty, trouvant le foie sain et portant l'impression des côtes à sa face convexe, fait les remarques suivantes : « L'augmentation apparente dans le volume du foie était due évidemment au grand développement de la tumeur anévrysmale qui le refoulait en bas, et la disparition de cette prétendue tuméfaction venait de ce que l'anévrysme, se vidant dans la plèvre, avait laissé le foie reprendre sa position normale. Les impressions profondes laissées par les côtes sur le foie, sont une preuve de la compression à laquelle ce viscère était soumis, et expliquent les douleurs ressenties dans le côté droit, douleurs qui pouvaient faire croire à une hépatite. »

Une des circonstances les plus remarquables de l'observation de M. Stokes, c'est le peu d'intensité de la douleur. Sous ce rapport, elle se distingue de la plupart des observations d'anévrysme de l'aorte abdominale, où, comme dans le cas du docteur Beatty, des coliques atroces forment le symptôme dominant. Si des observations ultérieures s'accordent avec celle-ci pour l'absence ou le peu d'intensité de la douleur dans les cas d'anévrysme de l'artère hépatique, nous avons là un signe diagnostique de plus. L'artère hépatique n'étant point entourée par des tissus inextensibles, comme cela a lieu pour l'aorte abdominale, particulièrement dans la portion supérieure, mais, se trouvant au contraire renfermée par une membrane séreuse qui cède facilement, on conçoit que sa dilatation anévrysmatique puisse s'opérer sans douleur ou avec peu de souffrance.

La même condition anatomique peut expliquer l'absence des pulsations énergiques que présentent ordinairement les tumeurs anévrysmales ; du moins, cette explication peut-elle être admise pour les premiers temps

de la maladie. La force de l'impulsion du cœur comme des artères, à l'état sain comme dans l'état morbide, est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnée à la résistance des parties environnantes. Le docteur Stokes est presque certain que l'impulsion violente du cœur dans la phthisie est due à ce que le poumon a perdu une grande partie de son élasticité, et offre ainsi plus de résistance aux mouvemens du cœur.

Ainsi nous avons, comme causes non encore indiquées de développement apparent du foie, l'anévrysme de l'artère hépatique et celui de l'aorte abdominale. Ceci doit être présent à l'esprit de tout praticien à l'observation duquel se présente une affection obscure du foie ou de la vésicule biliaire.

Obs. IIe — *Anévrysme de l'artère innominée; hémiplégie; dysphagie et respiration striduleuse. Oblitération des artères carotide et sous-clavière, et des veines jugulaires et innominées du côté droit.* — Michael Mears, cordonnier, âgé de 34 ans, robuste, fut admis à l'hôpital Meath, le 29 décembre. Les symptômes les plus saillans étaient les suivans : toux; gêne de la respiration; douleur dans la poitrine, dans la tête et dans le cou. Dans la nuit qui suivit son entrée, hémiplégie à gauche. Quelques années auparavant il avait eu la syphilis, et plusieurs fois depuis il avait été *mercurialisé* pour combattre ce qu'il appelait des douleurs rhumatismales. Il y a un an, il était à l'hôpital de Steven pour cette dernière affection; la douleur avait alors son siége principal dans les épaules, dans la tête et dans le dos. Il fut guéri, après un mois de traitement, par les vésicatoires, les bains et les purgatifs. Depuis ce temps il avait joui, disait-il, d'une bonne santé, quoique sujet à des attaques de dyspnée, surtout après un effort un peu considérable, et à un engourdissement du bras *droit.*

Les symptômes qui le déterminèrent à entrer à l'hôpital débutèrent cinq semaines auparavant, à la suite d'un refroidissement. Il éprouva de la douleur dans la poitrine, le cou et la tête. Le lendemain, toux courte et sèche; raideur du cou; mal de gorge; déglutition difficile. La douleur de la poitrine avait son siége principal à la partie supérieure du côté droit, et était exaspérée par une inspiration profonde. S'étant adressé au dispensaire, il fut saigné, on lui mit des vésicatoires, etc.; mais se trouvant plus mal, il entra à l'hôpital. Il n'avait alors cessé ses travaux que depuis quatre jours. Au moment de son entrée, l'auscultation fournit les signes de la pleurésie sèche sous la clavicule droite.

Le lendemain matin, somnolence. Tiré de cet état, il répondait aux questions avec lenteur et d'une voix peu distincte. Le côté gauche était presque entièrement privé du mouvement et de la faculté de sentir; la bouche était déviée à droite; la langue en sortant de la bouche, se dirigeait à gauche; le malade ne pouvait la diriger du côté opposé. Pupille gauche légèrement dilatée, moins sensible que l'autre à l'action de la lumière; ouïe un peu diminuée. Le malade raconta que s'étant levé dans la nuit pour aller à la chaise-de-nuit, au moment où il voulut revenir il éprouva des vertiges et tomba sur le plancher. Jamais auparavant il n'avait eu d'attaque semblable; mais depuis cinq semaines il éprouvait de la céphalalgie, des bourdonnemens, des tintemens d'oreilles, des vertiges en se baissant, des étincelles qui passaient devant ses yeux. Un instant avant de sortir de son lit, il avait été pris d'un léger engourdissement du bras gauche qui s'était augmenté peu-à-peu, et s'était étendu à la jambe du même côté. — *Etat actuel :* Douleur vive dans le côté droit et la partie postérieure de la tête et du cou; déglutition difficile; dyspnée; douleur dans la poitrine; toux laryngienne (*of a laryngeal character*), avec expectoration muqueuse, écumeuse, peu abondante; respiration, 18; pouls, 84, et plein au poignet gauche, mais imperceptible au poignet droit : l'exploration la plus attentive ne put faire découvrir aucune pulsation à l'artère brachiale ou à l'artère axillaire de ce côté; langue chargée, offrant à sa partie centrale une couche épaisse de matière brune foncée; soif vive; constipation; urines involontaires; température des deux côtés presque égale.

La poitrine résonnait bien dans toute son étendue, excepté vers l'extrémité sternale de la clavicule droite, où le son était tout-à-fait mat. Respiration dans le poumon gauche, fortement puérile, très-faible à droite, en avant et en arrière, mais sans mélange de râle. En appliquant le sthétoscope sur l'extrémité sternale de la clavicule droite, on percevait une double pulsation très-intense et une forte impulsion qui allait en diminuant à mesure qu'on approchait du cœur, dont les bruits et l'impulsion étaient naturels. En appliquant les doigts derrière la clavicule, on percevait dans la direction de l'artère innominée une petite tumeur pulsative. En aucun point de la poitrine il n'y avait de bruit de soufflet.

Ce symptômes furent amendés par des saignées locales, des applications réfrigérantes sur la tête et le cou, et des purgatifs. Mais le 5 janvier, aggravation de l'état du malade; inflammation diffuse du tissu cellulaire des tégumens du cou, depuis la clavicule jusqu'à la mâchoire inférieure; la tuméfaction qui en résultait était molle, élastique accompagnée de peu de changement dans la couleur de la peau, mais extrêmement sensible à la pression, qui y déterminait une crépitation évidente; visage livide et bouffi; veines superficielles de la tête et du cou engorgées, surtout à droite; respiration laborieuse, précipitée, accompagnée d'un râle trachéal très-fort; déglutition difficile et très-douloureuse; pouls, 96; selles normales; urines involontaires. (Sangsues; fomentations alcooliques sur le cou; pilules purgatives; lavemens). Ce traitement produisit encore un soulagement temporaire.

Le 16 janvier, sommeil bon; sentiment de faiblesse; l'inflammation diffuse du cou et de la face a disparu; les veines superficielles de la tête et du cou sont moins distendues; la céphalalgie est moins intense; cependant elle est encore très-vive (ce symptôme existe d'une manière remarquable depuis l'entrée du malade); pupilles également larges et également sensibles à la lumière; les fèces et l'urine sont rendues involontairement; la

douleur du côté droit du cou persiste; le malade tient habituellement sa tête inclinée vers l'épaule droite, attitude où il souffre moins; l'hémiplégie persiste; la matité s'étend aux deux tiers internes de la clavicule droite, et à un doigt au-dessous de cet os; on sent une tumeur distincte, mais qu'on ne peut circonscrire; battement derrière le sternum et l'extrémité sternale de la clavicule, offrant une impulsion plus forte qu'au moment de l'entrée du malade; le double bruit est plus distinct en ce point qu'à la région du cœur; appétit, mais déglutition difficile.

Le 25 janvier, douleur aiguë entre les épaules, s'étendant jusqu'à la tête; céphalalgie très-intense; la tumeur a beaucoup augmenté de volume; on peut en apercevoir les battemens à quelque distance du malade; elle s'étend à environ un pouce au-dessus de la clavicule; elle est limitée en dedans par la ligne médiane et en dehors par le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien; le malade compare la douleur de la tête et du cou à la sensation que produirait de l'eau bouillante qui glisserait le long de ces parties. L'empâtement des tégumens contribue sans doute à faire paraître la tumeur plus volumineuse qu'elle n'est réellement. Pouls presqu'imperceptible au poignet droit; diminution de la dysphagie, malgré le développement de la tumeur; son complètement mal dans presque toute l'étendue de la clavicule droite, à deux doigts au-dessous, et sur le tiers supérieur du sternum; point de bruit de soufflet. *Le reste du côté droit donnait un son clair, mais le bruit respiratoire y était extrêmement faible, tandis que dans tout le poumon gauche il était puérile à un haut degré.*

Le docteur Stokes essaya les petites saignées répétées, en même temps que les forces du malade étaient soutenues par une alimentation animale peu abondante; il prescrivit en outre le moins possible de liquides. La première saignée fut faite le 28; on tira six onces de sang. La tête en fut soulagée. Le lendemain, visage meilleur; turgescence des veines diminuée. L'amélioration dura peu. Les symptômes revinrent au bout de deux jours. (Saignée; digitale; calomel). Léger amendement; la tumeur continue à se développer. Respiration stridulense (*stridulous*); toux laryngienne; dysphagie; dyspnée intense, avec râle très-fort dans la gorge; le stéthoscope indique une bronchite intense dans le poumon gauche. Le 3 février, la tumeur apparut au-dessus de la clavicule; elle fournissait les mêmes signes stéthoscopiques. Le 6, râle trachéal intense; augmentation de la dyspnée et de la dysphagie; peau chaude et sèche; pouls, 118, régulier. La saignée produisit encore un peu de soulagement.

Le 11, augmentation de tous les symptômes. La matité s'étend à tout le quart antéro-supérieur du côté droit de la poitrine, au tiers supérieur du sternum et au quart sternal de la clavicule gauche. La tumeur, au-dessus de la clavicule est environ de la grosseur d'un œuf de poule; sa forme est irrégulière, semi-lunaire; elle s'étend de la fourchette du sternum au bord postérieur de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien du côté droit, et à une étendue de deux doigts au-dessus de la clavicule. Aucun changement dans les phénomènes stéthoscopiques, si ce n'est qu'on percevait une pectoriloquie manifeste en appliquant le stéthoscope sur la partie antérieure de la tumeur.

De ce jour jusqu'au 17, la maladie empira. La respiration stridulense devint constante; la voix devint aigre, et il y eut aphonie de temps en temps. Les pulsations de la tumeur avaient diminué de nombre; mais celle-ci était plus étendue, ainsi que la matité. *Respiration dans le poumon droit extrêmement faible; dans le gauche, fortement puérile, et mêlée à un râle muqueux très-intense.* La céphalalgie n'a jamais cessé. Le 20, œdème du visage, particulièrement à droite. Matité dans tout le côté droit de la poitrine; en y appliquant la main au moment où le malade parle, on n'y sent aucune vibration. De cette matité, le docteur Stokes conclut qu'il s'était fait un épanchement séreux dans la plèvre droite. Pendant l'inspiration, le côté droit se dilatait très-peu, mais avec collapsus considérable de l'abdomen. Le côté droit de la face était œdémateux, ainsi que le bras paralysé; ce qui n'avait pas lieu pour le bras droit et les membres inférieurs. L'émaciation des membres inférieurs, comparés aux supérieurs, était très-remarquable. Mort le 27. La tumeur s'élevait aussi haut que le cartilage thyroïde, et avait repoussé la trachée à gauche.

Autopsie 7 heures après la mort.— Rien de remarquable à la surface externe de la dure-mère. En divisant les méninges, il s'écoula environ quatre onces de sérosité. Surface du cerveau plus pâle qu'à l'ordinaire, mais à cela près, ferme et saine. Les ventricules contenaient une demi-once de sérosité, le corps strié du côté droit était injecté, semblait comprimé, et se trouvait plus rapproché qu'à l'ordinaire de la ligne médiane. On trouva dans la substance du cerveau un abcès situé vers la partie moyenne de l'hémisphère droit, commençant au-dessus et en dehors du ventricule latéral, et se dirigeant en bas et en avant presque parallèlement à lui, mais n'ayant aucune communication avec cette cavité. L'abcès contenait environ une once de pus épais, blanc, ressemblant à la substance du cerveau ramollie et mêlée avec du pus. La substance cérébrale environnante et le bord externe du corps strié étaient un peu ramollis.

A l'extérieur, la tumeur avait beaucoup diminué de volume. Le larynx, la trachée et l'œsophage qui, avant la mort, étaient refoulés à gauche au point de se trouver au-dessus du tiers moyen de la clavicule, étaient revenus au-dessus de l'extrémité sternale du même os. Le tissu cellulaire du cou et de la partie supérieure du thorax était infiltré par un liquide gélatineux, jaune. Les muscles étaient pâles et ramollis, et le fascia cervical très-épaissi. Le poumon droit était affaissé, et réduit à une masse comme charnue et noirâtre, ressemblant un peu aux poumons d'un fœtus. Entre les deux plèvres, solides adhérences, évidemment d'ancienne date; en quelques endroits, la plèvre costale était opaque et avait près d'un huitième de pouce d'épaisseur. Les adhérences n'étaient pas complètes à la surface du pou-

mon où elles formaient des cellules circonscrites. Ces cellules étaient remplies par de la sérosité jaune; quelques-unes en contenaient de deux à quatre onces. Le poumon gauche était très-volumineux, et offrait quelques adhérences avec la plèvre costale; il paraissait un peu hypertrophié et plus ferme qu'à l'ordinaire; les vaisseaux étaient un peu engorgés et les tubes bronchiques étaient remplis de mucosités. Le péricarde contenait environ deux onces de sérosité jaune. La surface antérieure du cœur était colorée en jaune-brun ; mais à cela près, cet organe était sain. L'aorte était un peu dilatée, ses tuniques épaissies ; sa tunique interne était inégale, garnie de nodosités, d'un rouge livide, et tachetée en jaune. Cet état était très-remarquable à la courbure, mais il existait dans toute l'étendue de l'aorte thoracique. L'anévrysme occupait l'artère innominée. Toute la partie antérieure de l'artère était détruite et remplacée par les parois du sac anévrysmal; sa partie postérieure, au contraire, était saine depuis sa naissance jusqu'à sa division. L'anévrysme n'offrait d'abord que deux pouces de circonférence, puis il s'élargissait graduellement jusqu'à égaler le volume d'une grosse noix de coco. Ses parois avaient une épaisseur variable; dans quelques points, elles étaient presque aussi minces qu'une feuille de papier. Le doigt, introduit par l'aorte dans l'ouverture de communication du sac avec l'artère innominée, sentait le caillot volumineux, fibreux et lamellaire qui remplissait cette cavité en grande partie. La tumeur avait tellement comprimé la trachée que l'extrémité libre de ce côté des cerceaux cartilagineux chevauchait sur l'extrémité du côté opposé, et interceptait presque le passage de l'air. L'artère carotide et la veine jugulaire, situées en arrière du sac, étaient applaties et oblitérées par un caillot solide. Le nerf vague était applati, ses fibres étaient rendues évidentes, et étaient injectées. Les veines innominées à droite et à gauche étaient applaties et complètement oblitérées à la surface antérieure de la tumeur. L'artère carotide gauche et la sous-clavière étaient saines; mais la sous-clavière droite était tellement comprimée à son origine, que le sang n'avait pu sortir de l'artère innominée, bien que le sang parût avoir pénétré dans la cavité de la sous-clavière par les anastomoses ; car l'artère reprenait son volume immédiatement après son origine, et était parfaitement saine. Le sommet du poumon était comprimé et aplati par suite de la pression exercée par la tumeur.

L'observation qui précède est remarquable, et parce qu'elle offre les signes locaux, généraux et stéthoscopiques d'un anévrysme de l'artère innominée, et à cause de la complication de cette maladie avec une affection cérébrale.

Quelque temps avant le commencement de sa dernière maladie, le sujet de cette observation éprouvait fréquemment de la dyspnée qui était déterminée par tout effort un peu considérable, et une sensation d'engourdissement dans le bras droit. Il fut pris de sa dernière maladie après s'être exposé au froid ; il éprouva alors de la douleur dans la tête, dans le cou et dans la partie supérieure du côté droit de la poitrine; cette dernière douleur était accrue par une inspiration profonde. Il eut ensuite une petite toux sèche, de la raideur dans le cou, mal à la gorge et un peu de dysphagie. Il est difficile de dire si, à cette époque peu avancée, la dysphagie était produite par l'état du gosier ou par l'anévrysme. On dit généralement que la dysphagie, qui reconnaît pour cause un anévrysme de l'aorte, ou d'une des branches qu'elle produit immédiatement, n'a lieu que quand la tumeur a atteint un volume considérable. Mais M. Porter a publié dernièrement (1) un cas remarquable où un anévrysme très-peu volumineux de l'aorte avait déterminé la dysphagie. Il reste à déterminer jusqu'à quel point un petit anévrysme de l'artère innominée peut produire ce phénomène.

C'est une question intéressante que celle de savoir jusqu'à quel point la respiration struduleuse avec dysphagie peut être considérée comme signe distinctif entre l'anévrysme de l'artère innominée et celui de l'aorte, au début de ces maladies. Il ne répugne point de croire que la coexistence de ces deux phénomènes morbides doit se rencontrer plus constamment dans le premier cas, puisque la pression de la tumeur anévrysmale de l'artère innominée s'exerce d'abord sur la trachée.

Le malade toussait et éprouvait une vive douleur dans la partie supérieure du côté droit de la poitrine. Doit-on attribuer ces symptômes à la maladie de l'artère innominée? Cette douleur augmentait par la pression et par une inspiration profonde, circonstance qui, jointe avec le bruit de frottement qu'on percevait dans la région sous-claviculaire, portent à penser que cette douleur dépendait, au moins en partie, d'une inflammation pleurétique correspondant à la partie supérieure du poumon droit, diagnostic qui fut vérifié par l'autopsie.

Le docteur Stokes a hésité quelque temps pour admettre le bruit de frottement comme signe de pleurésie sèche dans la partie supérieure des poumons, mais il en a vu des exemples assez nombreux pour ne pouvoir douter que dans cette région même les mouvemens de la plèvre sont suffisamment étendus pour donner lieu à ce symptôme.

Il y a aussi quelques mots à dire au sujet de l'attaque de paralysie qui eut lieu dans la nuit du jour même de l'admission du malade. On remarquera que le jour suivant il avait une céphalalgie intense, et que les veines du cou étaient dans un état variqueux. La production soudaine de cette paralysie chez un malade où l'on observait un obstacle mécanique à la circulation cérébrale, pouvait faire croire à l'existence d'un épanchement apoplectique. Cependant d'autres circonstances firent mettre cette opinion de côté : la paralysie eut lieu avant que les signes de congestion veineuse fussent bien marqués; elle fut précédée de quelque temps et

(1) *Dublin Journal*. T. IV.

accompagnée par une forte céphalalgie ; le malade était sujet, quelque temps avant sa dernière maladie, à de la céphalalgie, à des vertiges, à des tintemens d'oreilles, à des éclats de lumière qui passaient devant ses yeux, et ces symptômes s'accompagnaient par fois d'engourdissement du bras et de la jambe gauches. Il existait donc des symptômes d'affection cérébrale avant la paralysie, et les deux seules circonstances qui plaidassent en faveur de l'existence d'une apoplexie, étaient l'instantanéité de l'attaque et l'existence d'un obstacle mécanique au cours du sang. Mais d'abord, il paraît prouvé maintenant que l'instantanéité de l'attaque n'est point un signe infaillible d'hémorrhagie cérébrale, à moins qu'il n'y ait eu préalablement aucun signe d'affection locale du cerveau; car nous savons que la paralysie soudaine coïncide souvent avec un abcès ou un ramollissement circonscrit de ce viscère. Ensuite, bien que la congestion veineuse puisse produire une hémorrhagie circonscrite du cerveau, cependant cette lésion semble liée, en général, plutôt avec une affection du système artériel qu'avec une affection du système veineux. Ici, les symptômes cérébraux étaient parfaitement en harmonie avec les lésions trouvées sur le cadavre.

Quant aux symptômes du côté de la poitrine, l'un des plus remarquables c'est la différence qui existait pour la force entre la respiration d'un poumon et celle de l'autre, quoique le son fût clair à la percussion, excepté seulement dans le point correspondant à la tumeur anévrysmale. Cette circonstance, qui est due à la compression exercée par la tumeur sur une bronche, est très-importante pour le diagnostic des anévrysmes qui ont leur siége dans le thorax, et l'on n'y a pas fait assez d'attention. Dans le cas cité plus haut de M. Porter, ce phénomène était bien marqué et était le seul signe pathognomonique de l'existence d'une tumeur dans la poitrine. Au moment où le docteur Stokes écrivait ce mémoire, il y avait à l'hôpital Meath, un malade en proie à plusieurs des symptômes d'un anévrysme de l'aorte, chez qui cependant aucune tumeur n'était appréciable, et qui offrait le phénomène en question d'une manière remarquable. Ce symptôme peut être utile en outre pour reconnaître, dans certains cas, s'il y a laryngite chronique ou si une tumeur comprime les voies aériennes.

Dans le cas présent, on put facilement suivre le développement de la tumeur anévrysmale à l'aide de la percussion. Cette tumeur donnait dans toute son étendue un double bruit, analogue à celui d'un cœur sur-excité, *mais sans bruit de soufflet ou de râpe.* Cette double pulsation des tumeurs anévrysmales a été notée déjà par plusieurs écrivains. Quelques-uns ont pensé qu'elle était déterminée par le contact de la tumeur anévrysmale avec le cœur qui lui communique une double impulsion. Mais cette explication est inadmissible dans le cas présent et dans tous ceux où la tumeur anévrysmale est encore plus éloignée du cœur et n'a aucune connexion avec lui. Ces doubles pulsations, semblables à celles du cœur, semblent prouver qu'une cavité simple peut, dans certaines conditions, produire un bruit double, et que par conséquent la division du cœur en oreillettes et en ventricules n'est pas nécessaire pour la production de son double bruit. L'explication des bruits du cœur fondée sur cette division doit donc être rejetée ; du reste, l'opinion qui considérerait la systole et la diastole d'une cavité unique ou de deux cavités agissant synchroniquement, avec entrée et sortie d'un liquide, comme les seules conditions nécessaires à la production d'un double bruit, ne paraît point invraisemblable.

On se trompe grandement lorsqu'on considère les bruits de soufflet ou de râpe comme signes d'anévrysme. Souvent ces bruits ne s'entendent nullement, et les faits manquent pour qu'on puisse dire à quoi tient leur présence ou leur absence. Le docteur Stokes a remarqué leur absence dans les anévrysmes de toutes les portions de l'aorte. On a supposé qu'ils étaient dus à une compression exercée sur la tumeur ; cependant, dans le cas précédent, il y avait une compression considérable, puisque la clavicule ne se luxa point, et que l'anévrysme, qui s'élevait très-haut, repoussait le larynx et la trachée à gauche ; et pourtant aucun bruit de cette espèce ne fut jamais perçu. Il est probable que ces bruits dépendent, non de l'anévrysme lui-même, mais de l'état du vaisseau à celui de ses orifices qui correspond au cœur, de même que les bruits de ce dernier organe sont si fréquemment modifiés par l'état de ses orifices.

Obs. IIIe *Dilatation de l'aorte ascendante ; mort par rupture dans le péricarde.* — Thomas Stafford, âgé de 50 ans, entra à l'hôpital le 18 janvier 1831. Dans le mois de septembre précédent, à la suite d'une chute sur le côté droit, ce malade éprouva pendant quelque temps une vive douleur dans cette région. Un mois après, douleur très-aiguë dans la partie supérieure du côté gauche qui dura environ un mois ; alors, pulsations entre les cartilages de la seconde et de la troisième côte ; de ce moment, diminution considérable de la douleur.

Lors de son entrée : tumeur aplatie, s'étendant de la deuxième côte au-dessous de la troisième, offrant une double pulsation, semblable à celle du cœur dans un état d'excitation, *et sans bruit de soufflet ni de râpe ;* dyspnée nulle dans l'attitude élevée, mais se produisant subitement quand le malade se couche sur le dos ; l'auscultation du cœur et des poumons n'offre rien à noter. (Régime sévère, saignées générales et locales ; infusion de digitale). Amélioration jusque vers la fin de février. La double pulsation cessa d'être appréciable à la main, mais elle l'était toujours à l'oreille. Le 23 février, douleur vive dans la poitrine, engourdissement du bras gauche ; décubitus à gauche et dorsal impossibles: La saignée locale et un vésicatoire produisirent quelque amélioration, mais la position horizontale exaspérait les souffrances. La double pulsation pouvait être de nouveau sentie. Le 26, saignée du bras, diminution immédiate de la douleur, de la poitrine et de l'épaule, et de l'engourdissement du bras ; le malade peut rester couché. Même état jusqu'au 11 avril, où, assis sur son lit et parlant aux autres malades, il tombe en arrière et expire.

Autopsie. — Emaciation ; point d'œdème ; vaste dilatation de l'aorte ascendante, commençant au niveau des valvules semi-lunaires, et se terminant à l'origine de l'artère innominée. La tumeur adhérait au côté gauche du sternum, aux cartilages de la deuxième et de la troisième côte, et avait le volume d'un œuf d'oie. Elle avait crevé dans le péricarde. La fente, longue d'un demi-pouce, était située à la face antérieure du sac ; le péricarde renfermait un caillot volumineux, et était distendu par de la sérosité sanguinolente ; le sac anévrysmal ne renfermait point de lames concentriques ; la tunique interne de l'aorte thoracique offrait de nombreuses ossifications. Le cœur et les poumons étaient sains.

Dans cette observation nous avons un exemple d'anévrysme de l'aorte (dilatation simple), offrant le phénomène de la double pulsation, et où l'on n'observa jamais ni bruit de soufflet ni bruit de râpe. Ici, à cause du siége de la maladie, on pourrait supposer que la double pulsation était communiquée à la tumeur par le cœur lui-même ; mais nous avons vu dans l'observation IIe que ce symptôme peut avoir lieu dans des cas où cette explication est inadmissible. Dans le cas présent comme dans celui qui le précède, l'auscultation a fourni des renseignemens exacts sur l'état du cœur et sur celui de l'aorte.

Dans l'observation suivante, nous verrons, d'une manière bien marquée, l'inégalité du bruit respiratoire dont il a été question plus haut.

Obs. IVe — *Anévrysme de l'aorte thoracique, sans tumeur appréciable à l'intérieur ; diagnostiqué pendant la vie.* — Patrick Walsh, âgé de 26 ans, entra dans le service du docteur Stokes, le 23 juillet 1832, accusant de la toux et de la dyspnée. Depuis plusieurs années il toussait, mais ce symptôme s'était considérablement aggravé depuis dix jours. Ce malade fut considéré comme atteint de bronchite ; cependant le docteur Stokes fut frappé de l'aspect de son cou, qui était tuméfié. Ce pathologiste compare l'aspect du cou ainsi tuméfié, à celui qui serait produit en entourant cette partie avec un collet montant ou un rabat. Les veines jugulaires étaient distendues et tortueuses. Point d'œdème des membres ; aucun symptôme d'épanchement abdominal. Le malade se plaignait d'une petite toux, avec expectoration muqueuse et mousseuse ; d'une douleur *perçante* de l'épaule droite, s'irradiant vers le mamelon, et arrêtant souvent la respiration. La toux et la dyspnée étaient toujours plus intenses vers le soir, et le sommeil était souvent interrompu par des rêves effrayans. Pouls régulier à 100, un peu moins fort au poignet droit qu'au poignet gauche. L'impulsion du cœur était à peine augmentée ; cependant ses bruits s'entendaient fortement dans une grande étendue de la poitrine ; à gauche, le premier bruit s'accompagnait d'un léger bruit de râpe. Le son était un peu mat à la partie antérieure de la poitrine, mais d'une manière très-prononcée à la région sous-claviculaire droite. En arrière, la sonoréité était meilleure. A la région sous-claviculaire droite, respiration faible avec léger râle muqueux ; à la région acromiale droite, respiration trachéale ; dans le poumon gauche, respiration puérile. En appliquant une main sur le scapulum droit, et l'autre au-dessous de la clavicule, on percevait une impulsion éloignée, mais distincte, et qui paraissait synchrône avec les battemens de l'artère radiale. Aucun bruit de soufflet, ni sous les clavicules, ni dans la région acromiale. Le malade avait un peu de dysphagie depuis le début de la tuméfaction du cou. Le docteur Stokes annonça comme très-probable un anévrysme de la crosse de l'aorte. Le malade fut traité par de petites saignées locales et générales, et se trouva promptement soulagé au point de vouloir quitter l'hôpital. Le docteur Stokes l'engagea à éviter tout excès, dans la crainte d'une morte subite. Quelque temps après il entra dans un autre hôpital, où il mourut subitement comme il causait avec d'autres malades.

La mort fut causée par la rupture dans la plèvre d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

« La circonstance, dit le docteur Stokes, qui attira particulièrement mon attention dans ce cas, c'est l'aspect singulier du cou du malade. Ici, deux phénomènes se présentaient à l'observation : l'état de distension des veines jugulaires, et la tuméfaction spéciale du cou (*collar or tippet-like appearance*). Je veux surtout attirer l'attention de mes lecteurs sur ce dernier point, parce qu'il me semble propre à faire distinguer l'œdème qui est produit par une maladie pulmonaire, de la tuméfaction qui résulte d'une obstruction immédiate des vaisseaux du cou. Dans le cas présent, bien que le cou fut très-gonflé, cependant on ne pouvait pas dire qu'il fut œdémateux, et il n'y avait aucune proportion entre le gonflement de cette région et celui de la face ; la légère tuméfaction de la face, qui existait lors de l'admission du malade, disparut même complètement sous l'influence du traitement adopté. D'après l'aspect de ce genre de tuméfaction, la sensation qu'elle donne au toucher, son état circonscrit, son existence sans épanchement séreux dans d'autres régions, je suis porté à la regarder comme produite par la distension des veines, plutôt que par l'infiltration du tissu cellulaire. Chez le nommé Mears (*obs.* 2e), cette tuméfaction eut lieu d'abord du côté correspondant à l'anévrysme de l'artère innominée, tandis qu'ici elle existait également des deux côtés. Chez le nommé Stafford (*obs.* 3e), la tuméfaction en question persista après que le gonflement des veines eut cessé. »

Peut-on, d'après l'état de distension des veines jugulaires, arriver à la connaissance du siége, de l'étendue ou de la nature de l'affection qui cause cette distension ? Le docteur Reynaud a déjà fait voir que l'existence d'une circulation collatérale superficielle, par laquelle les veines de la tête communiquent largement avec les veines intercostales, mammaires, etc., peut être considérée comme un signe de l'oblitération de la veine-cave supérieure, tandis que la même condition de la veine-épigastrique et des autres veines abdominales superficielles indique une oblitération de la veine-cave inférieure ou de la veine-porte. Dans le cas de Mears, la tuméfaction et la tortuosité de la veine jugulaire furent observées d'abord du côté de la tumeur, et

ensuite, à mesure que celle-ci augmentait, la veine jugulaire de l'autre côté présenta la même condition. L'état des veines innominées expliqua suffisamment cette circonstance.

Le docteur Stokes a vu un cas d'anévrysme rapporté à l'artère sous-clavière, et où cet état des veines existait des deux côtés. A l'autopsie, on vit que l'artère innominée participait à la maladie. Il résulte de là que, dans un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière droite, lorsque les veines jugulaires sont variqueuses *des deux côtés*, c'est un puissant argument contre toute opération chirurgicale; car on a la presque certitude que l'anévrysme est assez volumineux pour comprimer les deux veines innominées, ou que la maladie est plus profondément située, et intéresse l'aorte ou l'artère innominée.

Une des circonstances les plus remarquables des effets de la compression d'une tumeur anévrysmale sur les parties environnantes, c'est leur variabilité, au moins dans les temps peu avancés de la maladie. Ceci s'applique à la respiration striduleuse, à l'aphonie, à la dysphagie et à la distension des veines. Le docteur Stokes manque d'observations pour prouver que cela s'applique aussi à la faiblesse de la respiration d'un côté de la poitrine; mais l'analogie permet de l'admettre. Cette circonstance est due, en partie au moins, au changement de volume des tumeurs anévrysmales, et à ce que les parties environnantes s'adaptent à ces variations de volume. On conçoit comment ce défaut de constance dans les effets de la compression peut servir à distinguer un anévrysme d'une tumeur *solide* développée dans la cavité thoracique.

Le docteur Stokes revient ici sur l'inégalité de respiration dans les deux poumons :

« Lorsqu'une tumeur anévrysmale comprime un rameau bronchique, nous observons une faiblesse remarquable de la respiration du côté correspondant. Cette faiblesse s'étend à tout le poumon, si c'est la bronche principale qui est comprimée; mais je crois qu'elle sera plus remarquable dans le lobe supérieur ou dans l'inférieur, suivant certaines circonstances. Avec cette faiblesse de la respiration dans un poumon, coïncide une respiration plus ou moins puérile dans le côté opposé, tandis que la percussion donne un son égal, du moins dans le commencement, et que l'auscultation ne fait découvrir aucune lésion du poumon ou de la plèvre pour expliquer cette différence. Dans une période peu avancée, nous avons encore un peu de bruit respiratoire; mais à mesure que la tumeur augmente de volume, ce bruit respiratoire disparaît, la respiration devient trachéale, et l'on trouve une matité en proportion avec l'étendue de la tumeur; alors ordinairement les autres symptômes de l'anévrysme se sont manifestés. Je ne considère point le phénomène de l'inégalité de respiration comme un signe pathognomonique de l'existence d'un anévrysme intra-thoracique; ainsi que tout symptôme, il n'a de valeur que quand il est lié à d'autres circonstances. . . . . D'autres maladies peuvent produire ce symptôme; toutefois, il est évident que, dans tous les cas où l'on a des raisons pour soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte, par exemple, ce symptôme aura une grande valeur, et que lorsqu'il se présentera, on devra toujours prendre en considération la possibilité d'un anévrysme et se rappeler que, de toutes les causes qui le produisent, celle-ci est la plus fréquente. »

Choix d'observations publiées par la Société Médico-chirurgicale d'Edimbourg. (IIe Extrait). (1)

Affections du système nerveux.

Obs. XIIIe — *Céphalalgie périodique; épanchement séreux dans les ventricules cérébraux; tumeur du cervelet;* par Josiah Allsop. — James Scott, âgé de 6 ans, commença à éprouver en septembre 1829, de violens accès de céphalalgie qui se renouvelèrent d'abord tous les huit jours, puis deux fois par semaine. Pendant quatre mois, sa santé se montra parfaite dans les intervalles. Il était bien développé, avait de l'embonpoint, bon appétit; toutes les fonctions s'accomplissaient bien. Cet état de santé apparente ne cessa que peu de temps avant sa mort. La veille du jour de l'accès, le petit malade paraissait languissant et soupirait souvent dans la soirée. Il se réveillait le matin de bonne heure, avec une vive douleur de la tête et des nausées qui le mettaient en quelques minutes dans un état de souffrances excessives; il demandait qu'on lui serrât la tête; il vomissait; les pupilles étaient dilatées, insensibles à la lumière, et présentaient irrégulièrement des tentatives de contraction et de dilatation, à la lumière comme à l'ombre. Le pouls était lent, faible et irrégulier. La douleur commençait au-dessus de l'œil gauche, et se propageait delà à l'occiput. Lorsque la douleur était très-intense, la tête se renversait en arrière. Chaque accès durait de cinq à douze heures, avec quelques rémissions incomplètes. L'enfant s'endormait et se réveillait gai et bien portant. En février 1830, la lumière commença à être supportée difficilement. Les pupilles ne se dilataient et ne se contractaient qu'imparfaitement; le petit malade éprouva des douleurs vagues dans le tronc et dans les extrémités. Au niveau de la dernière vertèbre cervicale, il y avait une légère sensibilité à la pression; la dilatation des pupilles augmenta; la vue se troubla de plus en plus, et le malade tomba dans une cécité presque complète. A cette époque de la maladie, la céphalalgie resta près d'un mois sans reparaître. Le malade éprouvait alors des picotemens à la peau, quelques élancemens dans le côté gauche; il marchait avec des mouvemens saccadés, et tenait sa tête inclinée de côté. En mars, affaiblissement extrême; dernier accès de céphalalgie, laissant après lui des

(1) Voyez le numéro de Novembre, tome XXVIII de l'*Encyclogr.*, D, p. 167.

douleurs vagues très-vives dans tout le corps; pouls, 104, il n'avait pas été fréquent jusque-là; sensibilité à la pression de tout le trajet de la colonne vertébrale; le malade ne pouvait plus se tenir debout; paralysie incomplète des membres inférieurs, plus marquée à droite; constipation; rétention d'urine; accès fébriles pendant lesquels les pupilles se contractaient pour se dilater de nouveau ensuite; persistance de la cécité; pouls 124. Vers la fin de mars, le malade n'accusa plus de douleur que quand on le touchait. Du 1er au 3 avril, assoupissement; écoulement purulent des yeux; déglutition difficile; respiration intermittente, très-irrégulière. Le malade mourut le 3 avril, non asphyxié, mais en apparence d'épuisement; il conserva l'usage de ses facultés intellectuelles jusqu'à la fin.

Autopsie six heures après la mort. — Le corps n'était pas émacié; les os du crâne n'étaient point écartés aux sutures. La dure-mère était transparente. Les veines de la surface du cerveau étaient distendues et injectées jusques dans leurs petites ramifications: on n'observa aucun point sanguin dans la substance blanche du cerveau. La substance grise avait une consistance normale. La substance blanche était extrêmement dense, surtout vers le centre de chaque hémisphère; sa couleur était d'un blanc mat. Les ventricules latéraux et les parties qui communiquent avec eux, étaient considérablement distendues par de la sérosité limpide, et ils ne s'affaissèrent pas quand cette sérosité s'écoula. Le trou de Monro, à bords arrondis et polis, aurait pu admettre une amande. Le *septum lucidum*, très-ferme, était séparé en deux feuillets par une collection de sérosité. Le quatrième ventricule était rempli par de la sérosité. L'infundibulum, semblable à un véritable entonnoir, renfermait le même liquide. La membrane qui tapisse le troisième ventricule, était opaque, épaissie, et pouvait facilement s'enlever. Les nerfs optiques étaient mous, jaunes et diminués de volume. Toutes les dépressions naturelles de la base du cerveau étaient remplies par une matière transparente, jaunâtre, semblable à de la gelée, située entre la pie-mère et l'arachnoïde, qui était opaque. Cette matière suivait le trajet des vaisseaux dans les différentes fissures. Les veines du cervelet étaient injectées; à la partie postérieure et inférieure de chacun des lobes de ce viscère, il y avait une petite portion ramollie et semi-transparente. Le lobe gauche, qui était le plus altéré, offrit en cet endroit un corps dur, comme squirreux, opaque, dont le tissu semblait homogène, ayant au centre la couleur de la crême, de la grosseur et de la forme d'une noix; le pourtour de cette tumeur était semi-transparent, mais il offrait autant de densité que la partie centrale: on ne put y découvrir ni lamelles ni fibres. Cette tumeur, dans son développement, n'avait point refoulé les tissus qui constituent le lobe cérébelleux, mais elle les avait envahis sans distinction, et les avait transformés dans son tissu, ainsi que la pie-mère. Les membranes de la moelle étaient remplies de sérosité. La moelle paraissait saine, elle était très-ferme, mais moins que la partie centrale des hémisphères cérébraux.

Obs. XIVe — *Epilepsie. — Turgescence veineuse dans la partie supérieure du cerveau et du cervelet*; par Josiah Allsop. — W. Ward, âgé de 13 ans, éprouva pendant deux ans des accès d'épilepsie. Ces accès se renouvelaient à des intervalles irréguliers, ordinairement une fois par semaine; ils duraient pendant quelques minutes, étaient accompagnés de perte de l'intelligence, et se terminaient par le sommeil. Ils étaient suivis pendant quelque temps de vertiges et de céphalalgie. Lorsque Ward restait penché longtemps, les accès se reproduisaient. Le premier accès avait eu lieu le soir d'un jour où le malade était resté longtemps exposé au soleil sans chapeau; les trois jours suivans, l'accès eut lieu le soir, et pendant 4 mois ensuite le malade en parut délivré. La cause de la réapparition de la maladie est restée inconnue. L'intelligence du malade devint obtuse; sa figure portait l'empreinte de la stupidité; l'appétit était bon et les selles normales; le développement de son corps n'avait point souffert; il avait l'apparence de la santé. Vers la fin de sa vie les accès se multiplièrent. La veille du jour de sa mort, il survint un accès très-intense, qui laissa après lui un léger coma et une distorsion des muscles de la face. Après une saignée de 18 à 20 onces, le pouls devint fréquent, le malade fut pris de palpitations et convulsions violentes; coma; convulsion des muscles de la face; agitation; puis insensibilité, respiration stertoreuse. Mort le lendemain dans la soirée.

Autopsie quatre jours après la mort. — Le cerveau était peu ferme, mais ainsi qu'il doit être à cet âge. Les veines de la partie supérieure du cerveau et du cervelet étaient injectées dans toutes leurs divisions et gorgées de sang. Les vaisseaux de la base du cerveau étaient vides. A la partie supérieure du cerveau la substance blanche était farcie de points noirs d'une largeur extraordinaire. Leur nombre allait en diminuant, à mesure qu'on approchait de la base du cerveau où l'on n'en voyait pas un seul. Le cervelet présenta le même aspect, mais les points noirs étaient un peu plus nombreux d'un côté que de l'autre. Il s'écoula peu de sérosité de l'arachnoïde. La substance grise était fortement colorée, plus foncée dans le cervelet que dans le cerveau, mais ne contenait aucun point sanguinolent. Les veines du rachis étaient également injectées; mais la moelle était parfaitement saine. L'encéphale ne présenta aucune autre altération; l'estomac était sain.

Obs XVe—*Hydrocéphale lié à une lésion du cervelet, chez un adulte*; par J. C. Grégory. — Ann Murray, âgée de 40 ans, fut frappée sur la partie postérieure de la tête avec une scie; elle resta sans connaissance pendant une heure, et depuis ce moment, elle ne cessa jamais d'avoir de la céphalalgie. Quatre mois environ après, elle entra à l'hôpital: céphalalgie constante; sentiment de pesanteur rapporté à l'occiput; ces deux symptômes étaient augmentés par les mouvemens de la tête et du corps; nausées et vomissemens fréquens, surtout quand la malade essayait de prendre l'attitude verticale; vue légèrement obscurcie, bien qu'on n'observât aucune altération apparente de ce côté et que

les pupilles fussent parfaitement sensibles à l'action de la lumière; point de paralysie; aucun trouble de la parole ni de l'ouie; intelligence intacte; constipation; pouls à 100, un peu faible; phénomènes fébriles qui disparurent sous l'influence du traitement qu'on employa. Vers la fin de novembre, elle entra dans mon service; elle venait d'être guérie d'un érysipèle de la tête et de la face, accompagné de délire, et qui laissa après lui une vive céphalalgie. A cette époque, le pouls était presque normal sous le rapport de la fréquence, mais il était petit et faible. Les nausées et les vomissemens persistaient; la céphalalgie se présentait sous forme d'accès très-intenses qui étaient réveillés par le plus léger mouvement, et faisaient jeter des cris à la malade. L'emploi long-temps prolongé des purgatifs et divers traitemens furent sans effet. Avant la mort, la malade eut une syncope comme on la levait pour la porter hors de son lit; une autre fois, elle eut une attaque analogue, pendant laquelle elle resta complètement insensible; cette dernière ressemblait un peu à un accès épileptique, bien qu'il n'y eut point de mouvemens convulsifs des membres. Mort le 19 janvier, sans changement dans les symptômes, sans convulsions. Les facultés intellectuelles restèrent intactes jusqu'à la fin; quelques minutes avant sa mort, la malade répondait avec beaucoup de justesse aux questions qu'on lui adressait.

Autopsie.—En enlevant la dure-mère, toute la surface du cerveau offrit une sécheresse remarquable. Il n'y avait point de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. Les circonvolutions étaient partout aplaties et comprimées à la surface du cerveau, à tel point que les sillons qui les séparent étaient à peine perceptibles. Une section horizontale de l'un des hémisphères, à un quart de pouce de distance de la surface, détermina l'écoulement d'une quantité considérable de sérosité. Cette sérosité provenait des ventricules latéraux, qui étaient énormément dilatés. Il ne restait que quelques lambeaux du *septum lucidum* et de la voûte, mais le reste du cerveau était sain. Le troisième et le quatrième ventricules étaient également distendus par de la sérosité. Une grande partie du lobe gauche du cervelet était dans un état de ramollissement gélatiniforme. Une membrane dense résistante était tendue au-dessous de l'arachnoïde depuis le cervelet, du côté malade, jusqu'à la partie postérieure de la moelle alongée, et disposée de manière à oblitérer le trou de Magendie. Les sutures du crâne n'avaient point été relâchées. Les viscères abdominaux étaient sains.

Ce fait offre un contraste frappant avec ceux où des symptômes apoplectiques, paralytiques, le coma, des convulsions, etc., ont été produits par un épanchement de sérosité dans les ventricules ou à la surface du cerveau, se formant en apparence très-rapidement, mais très-peu abondant comparativement à celui qui eut lieu dans le cas précédent et qui probablement ne s'était fait que graduellement. Il semble très-probable que la sécheresse de toute la surface du cerveau et la grande accumulation de sérosité dans les ventricules étaient dues à l'oblitération du trou de Magendie par une fausse membrane.

Obs. XVIe *Tubercule du cervelet chez un adulte; marche bizarre des symptômes;* par le docteur Abercrombie.—Un médecin, âgé de 34 ans, commença, en 1823, à éprouver de la céphalalgie qui se reproduisait de loin en loin et s'accompagnait de vertiges et d'obscurité de la vue. En 1827, la douleur devint plus violente; le malade la rapportait distinctement à l'occiput et à la partie supérieure du cou. Elle offrait une rémission dans le jour et une exacerbation vers le soir. Au printemps de 1828, les symptômes devinrent plus graves, mais ils furent considérablement soulagés par des vésicatoires. L'amélioration se soutint jusqu'en mai 1829, époque à laquelle les accès se renouvelèrent avec violence, s'accompagnèrent des vertiges et donnèrent lieu une fois à une perte complète de connaissance. En octobre, le malade commença à percevoir un battement extrêmement pénible à la partie postérieure de la tête. Vomissemens fréquens; paroxysmes extrêmement intenses, se reproduisant le plus souvent le soir, et durant alors de six heures à minuit. Pendant les accès les plus intenses, le visage était rouge, les vaisseaux temporaux étaient distendus, le malade ne pouvait parler et était presque sans connaissance; les membres supérieurs étaient fortement contractés; plusieurs fois il y eut diplopie; pouls naturel; constipation. Tous les traitemens furent sans effet; mais, après cinq ou six semaines des plus vives souffrances, les symptômes s'amendèrent peu à peu et ne se reproduisirent point pendant les mois de décembre et janvier. Le malade put sortir; sa santé générale fut assez bonne. En février 1830, retour de la douleur, ayant son siége toutefois au-dessus des yeux. Les accès furent cette fois moins violens, les rémissions furent plus complètes. Jusqu'au mois d'avril, la condition du malade fut très-supportable. Vers le milieu de ce mois, bien que les accès ne fussent point augmentés de violence et que le malade ne fût point assez mal pour être alité, il mourut subitement au milieu d'un de ces accès.

Autopsie. — Trois à quatre onces de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux; cerveau parfaitement sain. Au sein du lobe gauche du cervelet on trouva une tumeur de la grosseur et de la forme d'une noix; à sa surface, elle était solide et offrait l'aspect d'un tubercule scrofuleux; à la partie centrale elle était ramollie, et la matière qu'elle contenait ressemblait à du pus scrofuleux. La substance du cervelet était parfaitement saine. Tous les autres viscères étaient sains.

Ce cas présente plusieurs circonstances remarquables: les longues rémissions des symptômes; la périodicité des accès au moment même où ils étaient le plus intenses; l'amélioration marquée qui précéda pendant long-temps l'accès mortel; l'instantanéité de la mort; enfin l'état sain de la substance de tout l'encéphale après des souffrances si prolongées.

Obs. XVIIe *Paralysie du nerf moteur oculaire; guérison sous l'influence d'émissions sanguines abondantes et de la salivation mercurielle;* par le docteur Christi-

son. — Un forgeron, de moyen âge, robuste, adonné à l'ivrognerie, entra à l'hôpital et donna les renseignemens suivans sur sa maladie : Trois semaines auparavant, immédiatement après une débauche, il s'aperçut pour la première fois qu'il voyait double ; en même temps, tintement des oreilles ; céphalalgie ; vertiges très-pénibles surtout lorsque l'œil gauche était ouvert. Quinze jours plus tard, frissons ; malaise général ; augmentation de la céphalalgie. Dix jours après son entrée à l'hôpital, il offrait les symptômes d'une fièvre continue peu grave ; la diplopie persistait. Peu à peu les deux images se rapprochèrent, se confondirent enfin, et le malade cessa de voir double ; en même temps la fièvre cessa aussi. Quelques jours après, on observa que le globe oculaire gauche était tourné en dehors d'une manière très-marquée ; le malade n'avait plus la faculté de le tourner en haut, en dedans ou en bas ; la paupière supérieure restait abaissée ; le malade ne pouvait découvrir que la moitié de la pupille. Les deux pupilles avaient le même diamètre et étaient également contractiles ; si le malade fermait un œil, il voyait très bien avec l'autre ; la vision avec les deux yeux n'était plus double. Il n'y avait pas d'autre symptôme qu'une céphalalgie non circonscrite qui se renouvelait fréquemment. Pendant quelque temps ; le globe oculaire parut de temps en temps reprendre ses mouvemens, mais il ne les conservait que vingt-quatre heures. Bientôt ils furent perdus sans retour. Le traitement consista dans plusieurs applications de sangsues à la tempe, un vésicatoire derrière les oreilles et des purgatifs. Aucun amendement ne se manifesta.

Le malade était depuis trois semaines à l'hôpital, lorsque la céphalalgie augmenta progressivement ; le pouls s'éleva ; au bout de deux jours, céphalalgie générale ; élancemens engourdissemens et diminution de la motilité dans les deux membres. On pratiqua une saignée de bras de deux livres. Le sang était très-couenneux. La céphalalgie fut immédiatement diminuée. On prescrivit le calomel à la dose de cinq grains, quatre fois par jour, avec une petite quantité d'opium, dans le but de produire la salivation. Après quatre jours de ce traitement, l'affection des membres cessa et la fièvre diminua considérablement ; mais on remarqua que la langue se déviait un peu à gauche et que la bouche était tirée à droite ; tandis qu'en même temps l'œil malade était tourné en dehors plus que jamais. Le sixième jour du traitement, le ptyalisme s'établit et le mercure fut suspendu. La salivation fut modérée. Quatre jours après la cessation du calomel, on remarqua une amélioration évidente dans l'état de l'œil. En vingt-quatre heures, les mouvemens d'élévation, d'abaissement et d'adduction du globe oculaire, pouvaient s'exécuter dans la moitié de leur étendue ordinaire ; le malade, en soulevant la paupière découvrait les deux-tiers de la cornée. En même temps la déviation de la langue et de la bouche, la céphalalgie et tous les symptômes disparurent. Depuis ce moment, la guérison marcha rapidement. Huit jours plus tard, tous les mouvemens de l'œil étaient rétablis. La salivation dura douze jours et fut toujours supportable.

Une circonstance curieuse, c'est que lorsque les mouvemens de l'œil affecté furent rétablis assez pour que cet œil pût suivre les mouvemens d'un objet mu au-devant du malade tandis que l'œil sain était tenu fermé, il ne pouvait encore suivre les mouvemens de l'œil sain quand les deux yeux étaient ouverts. Il s'écoula quelques jours avant que les deux yeux pussent se diriger simultanément sur le même objet. Une autre circonstance qui se prête encore moins à nos explications ; c'est cette diplopie, présentant d'abord deux images distinctes, qui ensuite se rapprochèrent chaque jour de plus en plus, jusqu'à ce qu'elles se confondissent enfin en une seule, quoique la déviation de l'œil restât toujours la même.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DÉCEMBRE 1834.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

(Service de M. le professeur Alibert.)

*Réflexions générales sur quelques maladies de la peau, et observation d'*achrome vitiligne (*groupe des* dermatoses dyschromateuses. *Alibert*), *compliquant une maladie organique ;* Par M. Gerdy jeune, interne à l'hôpital Saint-Louis, de la société des dermatophiles.

Igance Weber, Bavarois d'origine, âgé de 48 ans, peintre en bâtimens, est entré malade à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 30. Cet homme à cheveux châtains, à système musculaire très-développé et à constitution athlétique, avant que les maladies n'eussent passé sur lui, a été doué d'une force très-remarquable, à ce qu'il assure. Né d'un père qui a vécu 103 ans, d'une mère qui compte près d'un siècle; et qui est encore bien portante, il a joui lui-même d'une très-bonne santé pendant toute son enfance et sa jeunesse, et jamais il n'en a abusé, dit-il; jamais il ne l'a jouée dans des excès d'aucun genre.

Attaché aux armées françaises, comme soldat, en 1807, il a quitté le service en 1814. Durant sa vie militaire, il reçut deux blessures, et fut deux fois atteint de maladie vénérienne; il subit un traitement mercuriel. Aucun de ces accidens ne fut grave, aucun n'a laissé de suites fâcheuses. En 1812, étant en Espagne, il fut très-gravement blessé par une des roues d'une pièce de quatre, qui lui passa sur le côté droit du thorax, depuis le flanc jusqu'à l'épaule. Sans doute, il y avait des fractures de côtes et des désordes considérables, car on lui appliqua un bandage de corps très-serré, qui ne fut enlevé qu'au bout de trois mois; il rendit sans effort par la bouche, une très-grande quantité de sang (plus d'un seau, dit-il, en trois jours); et il ne sortit de l'hôpital qu'au bout de trois mois et demi. Alors même, il ne pouvait supporter le cheval, et on le fit revenir en France sur un âne. Il reprit ensuite son service dans la cavalerie, mais non sans cracher souvent du sang, et sans souffrir d'assez fortes douleurs dans l'hypochondre droit, et le côté thoracique correspondant. Sa guérison était loin d'être complète. Le côté droit de la poitrine était notablement rétréci; le malade ne sentait pas l'air y pénétrer pendant l'inspiration, et il y éprouvait alors une douleur pénible, comme s'il avait eu dans l'intérieur une plaie vive: c'est son expression. Il y ressentait d'ailleurs, de loin en loin, vers le mamelon, des élancemens qu'il compare à des coups d'épée, mais qui n'étaient que de rares éclairs de douleur. Sa respiration était gênée, et il souffrait quelquefois.

Rentré dans la vie civile, Weber prit l'état de peintre en bâtimens. Ses douleurs s'étaient peu à peu dissipées en grande partie, et il ne songeait plus à la blessure qui en avait été la cause; sa respiration seulement restait un peu gênée. Mais en 1823, il commença à éprouver une toux habituelle, inconvénient, dit-il, ordinaire à sa profession; car les peintres ont toujours la bouche sèche, avec saveur métallique, ils toussent, ils ont les fonctions digestives plus ou moins dérangées, à cause des substances qu'ils manient continuellement. En 1824, à la suite d'une perte considérable, dans une banqueroute, il lui survint une éruption cutanée, qui disparut assez rapidement. En 1825, il fit une maladie très-longue, caractérisée par une toux très-fréquente, des crachats clairs et visqueux, des vomissemens de mucosités, quelques légères douleurs dans le ventre et surtout une fièvre très-forte et accompagnée de grandes sueurs, qui a été pour lui le principal symptôme. Au bout de sept mois, il fut assez bien rétabli pour reprendre son état, mais non plus avec sa santé première. Une nouvelle perte, qui lui enleva le reste de son avoir, le conduisit à l'hôpital au commencement de 1833; et alors, il vit des taches blanches apparaître sur ses mains, et ses cheveux blanchir. Il sortit bientôt, mais avec une toux plus fréquente, des élancemens plus fréquens dans la poitrine, une légère douleur dans le côté droit du thorax et dans l'hypochondre, augmentée par la pression, et impossibilité, pendant plusieurs mois, de se coucher sur ce côté; ses forces déclinaient tous les jours, et ses dents, qui avaient commencé de s'ébranler et de tomber depuis sa maladie de 1825, s'en allaient plus vite; ses yeux aussi s'affaiblissaient.

Au commencement de l'hiver dernier, les taches cutanées disparurent, et les autres accidens augmentèrent. Le catarrhe peu intense qui existait, passa à l'état aigu; les douleurs devinrent plus pénibles; et il s'établit, sous le type tierce, d'après le rapport du malade, une fièvre qui la fatiguait beaucoup. Coupée plusieurs fois, cette fièvre revenait toujours, et il demeura ainsi tout l'hiver dans différens hôpitaux. Au printemps, il put reprendre ses occupations, quoique faible et souf-

frant encore. Mais à la fin d'avril, il lui fallut rentrer dans les hôpitaux, et depuis il ne les a presque pas quittés, obligé, chaque fois qu'il en sortait, d'y retourner au bout de quelques jours. Ses taches cutanées avaient raparu avec la saison nouvelle.

Vers le 10 juillet, il fut placé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, qui lui fit subir un traitement de la colique des peintres, présumant sans doute qu'une partie des phénomènes morbides présentés par cet homme, dépendaient de sa profession. Ce traitement ne put être soutenu plus de huit jours, et ne changea rien à la situation du malade, suivant ce qu'il assure. M. Trousseau, alors, l'adressa à M. Alibert, à cause de la maladie de peau fort curieuse qu'il présente, et pour qu'il pût trouver à l'hôpital Saint-Louis tous les secours hygiéniques et les bains que l'on ne rencontre pas ailleurs. Il y fut admis le 23 juillet. M. Alibert l'a montré dans ses leçons cliniques et a appelé l'attention des élèves sur cette intéressante maladie.

État actuel du malade. — D'après son récit, cet état a toujours été à peu près le même depuis le mois d'avril dernier : c'est pour cela que je ne m'y suis point arrêté dans ce qui précède. Ses cheveux plus qu'à demi-blanchis; sa figure terne, maigre, ridée, flétrie, et son teint jaunâtre, lui font donner plus de 60 ans, quoiqu'il n'en compte que 48. Tout son corps est dans une assez grande maigreur, et n'offre plus en quelque sorte que le squelette d'un homme robuste. C'est depuis dix-huit mois surtout, que le délabrement croissant de sa santé lui a imprimé ce cachet de vieillesse. Il a le tronc un peu infléchi du côté droit, et il souffre dans la poitrine quand il veut se redresser. Il est faible et ne peut long-temps marcher, ou se tenir debout; et la fatigue, même modérée, augmente cette faiblesse. Il éprouve parfois des maux de tête, très souvent des étourdissemens, des vertiges, surtout dans les temps chauds, et alors, il a de petits saignemens de nez. Il ressent des engourdissemens, et parfois, des fourmillemens dans les membres. Sa vue graduellement affaiblie, obscurcie par un brouillard, ne lui permet plus de lire; elle est plus claire quand le ciel est clair, et se trouble davantage quand le temps est obscur, ou que le jour baisse. Les yeux ne présentent d'autre altération qu'une dilatation assez marquée de la pupille. L'ouïe est aussi notablement affaiblie. Il n'a point remarqué de diminution dans l'odorat et le goût, pourtant, il est probable qu'il y en existe aussi, et du moins, il sent continuellement dans la bouche, depuis 1825, une saveur métallique, un *goût de vert-de-gris.* Il y a de même dans la sensibilité tactile, quelque altération : j'y reviendrai plus tard.

Ce malade a un grand appétit, ou plutôt de fréquens besoins, qui l'obligent, depuis l'année dernière, à avoir toujours un peu de pain dans sa poche; mais une bouchée apaise ces besoins, et au total, il ne mange pas beaucoup. Quelquefois, après avoir mangé, il éprouve de la chaleur, de la gêne, de la pesanteur à l'estomac. Il lui est impossible de supporter la diète. Il n'a jamais éprouvé de fortes coliques, et n'a jamais eu ni dévoiement ni constipation considérables. Ses dents sont presque toutes tombées : il ne lui en reste que six ou huit, sur le devant de la mâchoire inférieure, et toutes sont ébranlées et déchaussées par le tartre. Les gencives sont légèrement malades autour de ces dents. Sa respiration est fréquente, toujours un peu gênée; il s'essouffle promptement, et, quand il monte un escalier, il est souvent obligé de s'arrêter pour reprendre haleine. Il tousse de temps en temps, crache peu, et ses crachats sont muqueux, très-collans et visqueux.

La poitrine, examinée avec soin, offre l'état suivant : le côté droit du thorax est un peu abaissé, par suite de l'inflexion du tronc dans ce sens; il est rétréci, déprimé, amaigri, et présente, dans les divers points de sa hauteur, un pouce et demi à deux pouces de moins, en circonférence, que le côté opposé; il est en outre un peu déformé par une légère saillie en avant des dernières vraies côtes et de leurs cartilages. Dans la respiration, il se meut moins que le côté gauche. On sent, vers l'extrémité interne de la clavicule et de la seconde côte, une légère tuméfaction osseuse qui paraît être un ancien cal. Les autres côtes ne laissent rien sentir de pareil. La pression et la percussion sont douloureuses dans toute la partie antérieure et inférieure droite du thorax, depuis la troisième ou la quatrième vraie côte, et même dans la partie voisine de l'abdomen, jusqu'au flanc; quoique l'on ne sente dans l'hypochondre aucune tumeur, aucune saillie du foie au dessous des os qui le protégent. Et cette sensibilité date de sa maladie de 1825, d'après le dire du malade. Il y a aussi de la sensibilité dans la fosse sus-scapulaire, quoiqu'il n'y ait jamais eu de douleur en ce point, ni dans l'épaule. Cette douleur causée par la pression n'a aucun rapport avec les élancemens vifs que le malade ressent depuis sa blessure, et qui, rares d'abord, reviennent maintenant trois ou quatre fois par jour, constamment aux environs du mamelon. La percussion fait reconnaître une absence complète de sonoréité dans toute cette moitié du thorax, excepté en avant, sur les premières côtes, et en arrière dans la fosse sus-scapulaire, où le son est plus clair sans être naturel. La matité s'étend même à la partie supérieure de l'hypochondre droit, quoiqu'on n'y sente point, comme je l'ai dit, de tumeur ou d'organe hypertrophié. A gauche la percussion donne partout un son clair. L'auscultation fait entendre, dans toute l'étendue du côté droit, le murmure bronchique, mais nulle par le bruit d'expansion pulmonaire. Au sommet du poumon, le bruit aérien est tellement fort, qu'il présente le caractère désigné sous le nom de respiration puérille. Le malade dit qu'il ne se sent pas respirer par ce côté. Il assure même que l'air passe en faible quantité par la narine correspondante; que s'il ferme la narine gauche, la respiration ne se fait plus suffisamment, et il est obligé d'ouvrir la bouche, tandis qu'il respire très-bien en fermant la narine droite. Pourtant, il n'y a point de déformation visible dans le nez. Mais j'ai pu vérifier, en plaçant un corps léger devant l'ouverture des narines que l'air passe moins, et avec moins de

force par la droite que par la gauche, quoiqu'elles soient également dilatées. Du côté gauche, le bruit respiratoire en très-fort, puéril même est plusieurs endroits ; il est aussi accompagné, par momens, d'un râle sonore sec. Si l'on fait parler le malade, on trouve la voix très retentissante dans les deux côtés de la poitrine, surtout le long du sternum et de la colonne vertébrale, où elle a le caractère de la bronchophonie. Mais au sommet du poumon droit, la bronchophonie est tellement forte et parle directement à l'oreille, qu'elle ressemble à de la pectoriloquie ; et en arrière, des deux côtés, dans toute la hauteur du thorax à peu près, elle est accompagnée d'un tremblotement, qui lui fait simuler l'égophonie, dont elle se distingue pourtant par le caractère grave et sonore qu'elle conserve.

Les battemens du cœur se font sentir au lieu ordinaire. Quoiqu'ils soient assez forts et assez sonores, quoique, depuis quelques années, les émotions vives causent au malade des palpitations intenses, quoiqu'il en ressente de pareilles toutes les fois qu'il monte un escalier, par exemple, ce qui découle nécessairement de l'état de la respiration, nous n'avons reconnu aucune lésion organique du cœur.

Il y a quelquefois des sueurs assez abondantes pendant la nuit. Le malade est obligé d'uriner très-fréquemment et aussitôt qu'il y a une petite quantité d'urine dans la vessie.

Je l'ai déjà indiqué, la peau de cet homme présente, depuis dix-huit mois, de remarquables changemens dans sa coloration. Peu éclairé sur leurs caractères primitifs, parce que le malade y donna d'abord peu d'attention, je vais dire ce que l'enveloppe cutanée offre actuellement à l'observation.

Le cuir chevelu est tout entier décoloré et uniformément blanc ; des taches blanches, plus ou moins larges, mais en général petites et semblables à des gouttes de liquide, se montrent à la partie inférieure du visage, et surtout près de la bouche et du menton ; une autre, beaucoup plus grande, irrégulièrement allongée sous le menton, se porte d'un côté à l'autre en suivant le bord de la mâchoire ; d'autres taches, beaucoup plus nombreuses, parsèment la base du cou et le sommet de la poitrine, les unes disséminées, les autres groupées en masse et formant, par leur réunion, de larges macules irrégulières et non uniformément blanches. Sur la partie inférieure du thorax, en avant et latéralement, mais principalement à droite, l'achrome forme de larges plaques, plus ou moins régulièrement arrondies, dont quelques unes ont plusieurs pouces de diamètre ; dont la principale, lisse et brillante, repose en avant et à droite sur la partie inférieure du thorax et sur l'hypochondre ; dont une autre, presque continue avec celle-là, embrasse la base du pénis et s'étend sur la plus grande partie des bourses. Enfin, l'achrome forme, aux membres supérieurs, de petites taches comme des gouttelettes, rares et peu visibles sur les bras et les avant-bras, mais beaucoup plus nombreuses sur les mains et les doigts, surtout à droite ; il a décoloré régulièrement les extrémités de tous les doigts, dans l'étendue d'un pouce environ ; et la peau paraît là plus lisse et plus fine que sur le reste de ces organes. Le membre inférieur gauche ne présente aucune trace de cette altération ; mais sur le droit, on trouve de grandes plaques ou bandes blanches qui descendent sur la face interne de la cuisse, jusque près du genou ; quelques petites taches également à la jambe : il paraît qu'il y en a eu aussi sur les pieds, mais il n'y en a point maintenant.

D'ailleurs il n'y a point un rapport direct entre la couleur de la peau et celle des poils qu'elle porte. Ainsi, le cuir chevelu est tout blanchi, et pourtant les cheveux ne sont pas tous blancs, à beaucoup près. Il en reste moins de noirs à droite qu'à gauche. A la face, on voit des taches blanches recouvertes tout entières, ou au moins dans une partie de leur étendue, par des poils noirs ; et réciproquement des poils blancs, soit disséminés, soit réunis en petites touffes, sur des surfaces dont la teinte cutanée n'est pas détruite. Sur le ventre, et autour des organes sexuels, les poils sont tous blancs, même ceux qui existent sur les points où la peau n'est pas décolorée. Dans beaucoup d'endroits pourtant, la couleur de la peau et celle des poils coïncident.

Mais en examinant avec soin la peau de cet homme, on reconnaît qu'elle présente plusieurs nuances bien distinctes, et qu'il n'y a pas seulement de l'achrome. Voici, à cet égard, ce que nous avons remarqué : Sur toute la partie postérieure du tronc, et sur une grande étendue des membres, une couleur de peau naturelle, seulement un peu foncée, comme il arrive souvent chez les vieillards ; à la face antérieure du tronc et dans les autres points sus-indiqués, les taches blanches, comme laiteuses, que nous avons décrites ; de plus, au devant de la poitrine et du ventre, de larges surfaces contiguës aux taches achromateuses et sur lesquelles la peau n'offre pas le blanc mat de l'*achrome*, mais ressemble, par sa couleur et sa finesse, à la peau d'une jeune femme ou d'un adolescent, ce qui me paraît être un commencement de décoloration ; enfin une teinte fauve ou brunâtre, qui existe à la face et sur le dos des mains et des poignets, où elle peut s'expliquer par le contact de l'air, mais qui existe aussi à la partie antérieure droite du ventre, à l'aine et à la cuisse correspondantes, où elle forme de grandes taches semblables à celles de certains *pannus* hépatiques ; taches bien distinctes de la couleur de la peau non altérée, quoique dans certains endroits elles se confondent, par des nuances insensiblement décroissantes, avec la teinte des régions postérieures. Cette altération de la peau dans sa couleur n'est donc pas simple, mais composée de décoloration et de coloration plus foncée. Elle est, en outre, compliquée aux membres supérieurs, depuis quelques jours, par une éruption prurigineuse, avec des démangeaisons assez vives.

Nous avons aussi examiné la sensibilité de la peau. Sur les extrémités décolorées des doigts, où le malade éprouve comme une espèce d'engourdissement continuel, la peau est moins sensible à un léger contact, que celle des parties voisines ; mais elle ressent plus vivement et plus désagréablement l'impression des corps chauds, quand leur application est un peu prolongée.

Sur les autres points du corps, la sensibilité des parties diversement colorées nous a bien paru n'être pas partout la même, mais nous n'avons pu reconnaître si ces différences, que le malade exprime mal et qui sont d'ailleurs peu marquées, étaient bien localisées et circonscrites.

Quelle idée devons-nous nous former de tous les phénomènes morbides présentés par ce malade? Une cause très-puissante écrase le côté droit de la poitrine, blesse le poumon, sans doute aussi la plèvre, et le malade guérit. Mais le poumon lésé ne respire plus, soit que son tissu dénaturé par l'inflammation ne soit plus perméable à l'air ; soit que la plèvre, remplie par un épanchement, ait comprimé le poumon contre la colonne vertébrale, et que les adhérences établies entre les parties aient maintenu ensuite le poumon affaissé : ou bien peut-être par ces deux causes réunies. Mais le malade ne peut plus se livrer à des exercices violens, et les secousses du cheval lui causent des douleurs et des crachemens de sang. Mais il ressent parfois des élancemens dans la poitrine; et une petite toux sèche, rare qu'elle est, témoigne pourtant de la persistance d'une irritation thoracique. Cet homme prend une profession tranquille, il mène une vie régulière, et se trouve au-dessus du besoin, à l'abri des privations, et les suites de sa blessure disparaissent en partie ou s'atténuent par l'habitude : il jouit d'une assez bonne santé. Mais, voilà que sous l'influence d'un état qui est lui-même une cause incessante de maladie, sous l'influence peut-être aussi de l'irritation qui résulte de l'augmentation d'activité du poumon seul restant, les légers symptômes qui existaient de ce côté augmentent un peu; et puis des chagrins venant se joindre à ces influences, la santé s'altère davantage; enfin, une maladie sérieuse survient, qui dure fort long-temps, et laisse la santé plus faible, ses troubles plus fréquens. Plusieurs années encore se passent, non pas sans quelques accidens plus ou moins durables, et sans une détérioration progressive. De nouveaux chagrins amènent une nouvelle maladie; et depuis lors, il n'y a plus eu qu'un état morbide, interrompu par quelques intervalles de demi-rétablissement; et les troubles ont été croissans, et de nouveaux symptômes se sont ajoutés aux anciens.

D'après les élancemens qui existent dans le côté droit de la poitrine, depuis la blessure reçue en 1812, et qui sont devenus de plus en plus fréquens; d'après la sensibilité qui existe dans cette partie depuis dix-huit mois, il est évident qu'il y a là une affection chronique, qui pendant long-temps est restée stationnaire, ou n'a fait que des progrès très-lents, et qui marche plus rapidement depuis le commencement de 1833. Mais cette affection, quelle est sa nature ? Les signes fournis par la percussion et l'auscultation n'annoncent pas une collection de liquide dans la plèvre; car, s'il y a partout matité à la percussion, presque partout aussi on entend le murmure bronchique, transmis assez nettement, assez fortement à l'oreille, mais point la pénétration de l'air dans le tissu du poumon lui-même; et les caractères de la voix auscultée se rapportent d'ailleurs assez bien avec ceux de la respiration. Il m'a paru, d'après ces signes, que les bronches, ou au moins leurs principales divisions restant libres et ouvertes, le tissu pulmonaire devait être dénaturé et transformé en un tissu plus dense. Peut-être seulement au sommet du poumon y a-t-il encore quelques points perméables à l'air, ou bien une excavation ancienne, ou une dilatation bronchique. Serait-ce que la plèvre, le tissu cellulaire qui l'environne, des fausses membranes organisées à sa surface, et le poumon lui-même, seraient le siége d'une dégénération commune, qui aurait peut-être passé, ou tendrait à passer dans quelques points à l'état cancéreux ? Une pareille altération rendrait bien compte, non seulement des troubles morbides qui existent du côté de la poitrine, mais aussi du mauvais état général de ce malade, et de la couleur terne et jaunâtre qu'il porte sur sa figure, et même des lésions de la sensibilité, par le trouble qu'elle amène dans les fonctions du cœur et dans la circulation générale.

Mais la profession de cet homme, qui, depuis vingt ans, manie continuellement des substances métalliques très-actives, et la saveur métallique que, depuis 1825, il ressent constamment dans la bouche, et la perte presque totale de ses dents, etc., nous engagent à penser, comme paraît l'avoir fait M. Trousseau, qu'il y a chez lui encore une autre cause morbifique, l'*empoisonnement chronique des peintres*, si je puis employer cette expression. Et cette cause générale suffit seule aussi à expliquer tous les accidens généraux que nous avons décrits; peut-être même est-elle pour beaucoup dans le développement de l'affection thoracique qui, à vingt ans de la blessure reçue, a donné une grande importance à des symptômes jusque-là sans gravité. Quoi qu'il en soit de la nature de la cause qui a produit toutes ces altérations, il existe chez cet homme, outre des lésions locales déjà bien assez graves, une maladie générale qui mine lentement sa constitution; et c'est dans cet état pathologique que sont survenus les changemens si curieux de la peau, sur lesquels nous allons ajouter quelques réflexions.

Un premier fait intéressant dans cette affection cutanée, c'est la coexistence de taches plus ou moins complètement décolorées, et de taches où la couleur du derme plus foncée que d'habitude, revêt le caractère du *pannus hépaticus*. Cette réunion rare, et dont je ne connais point d'autre exemple, n'est qu'une conséquence du rapport intime qui existe entre ces deux affections tout opposées en apparence, l'*achrome* et le *pannus*, que M. Alibert a rassemblées dans un des groupes de sa classification fondée sur la méthode naturelle (le groupe des dermatoses *dyschromateuses*). Elles sont toutes deux des lésions d'un même système, d'une même fonction, et il n'est pas étonnant de les trouver ensemble sur le même individu : la physiologie et la pathologie offrent plus d'un fait analogue.

Sous le rapport de l'étiologie, cette observation est encore intéressante. M. Alibert a établi, dans son *Traité des dermatoses*, que l'*achroma vitiligo* survient d'ordinaire dans un âge avancé, ou bien à la suite d'émo-

tions tristes et d'affections nerveuses, et il en a cité un exemple remarquable. Il eût pu en citer beaucoup d'autres. Cette année encore, il a fait voir aux élèves qui se pressent à ses leçons cliniques, une vieille femme, qui est actuellement à la Salpétrière, et qui porte un *achroma*. Notre malade vient également à l'appui de cette assertion ; car les peines qu'il a éprouvées et la maladie qui le mine incessamment, l'ont fait bien vieux ; et c'est après des chagrins que les taches blanches ont paru sur son corps. Mais il y a ici cette circonstance remarquable, que la décoloration cutanée affecte principalement le côté correspondant à la maladie de poitrine ; c'est à droite que les cheveux et la barbe ont commencé à blanchir ; et s'il est vrai qu'actuellement la tête offre, sous ce rapport, une faible différence, au tronc et aux membres la différence est très-grande, car il y a fort peu de taches blanches du côté gauche (1). — Quant au *pannus* qui existe en même temps, c'est aussi du côté droit qu'il se montre, et il offre le même rapport avec les lésions intérieures. On a dit que les taches hépatiques n'avaient pas plus de rapport avec les lésions du foie qu'avec celles de tout autre viscère. Pourtant M. Alibert a souvent vu cette affection accompagner des lésions de l'appareil biliaire ou de sa fonction ; et moi-même, j'ai déjà pu vérifier ce fait. Mais j'ai vu aussi le pannus hépatique coïncider avec une affection de la rate : et, dans le cas qui nous occupe, aucun symptôme propre n'indique une lésion du foie ou de ses annexes.

Au sujet de l'étiologie du *pannus*, j'indiquerai deux causes que j'ai eu l'occasion d'observer, et qui me paraissent avoir été omises, quoique d'ailleurs elles se retrouvent dans l'étiologie de presque toutes les affections cutanées, parmi les caractères qui relient à la même souche toutes les branches de l'arbre des dermatoses : je veux parler de l'influence des saisons et de l'hérédité. J'ai connu une jeune femme à laquelle, depuis son enfance, survenaient chaque printemps de larges taches hépatiques sur la poitrine et sur le cou ; ces taches se continuaient pendant l'été et puis disparaissaient plus ou moins long-temps avant l'hiver, pour reparaître au printemps suivant. J'ai soigné tout récemment un jeune homme, qui porte une semblable affection, et dont le père en était également atteint. — Enfin, j'ai vu plusieurs fois cette maladie coïncider avec des écoulemens leucorrhéiques, sans que je puisse dire encore s'il y a quelque rapport entre ces deux affections.

Les taches hépatiques de notre malade ne présentent ni furfuration, ni tuméfaction de la peau ni démangeaisons ; et ce n'est pas, du reste, la première fois que nous ayons pu observer des taches semblables, sans aucun phénomène d'irritation, comme M. Alibert l'a très-bien indiqué. Il arrive d'ailleurs assez souvent, que le pannus hépatique, qui offre ces démangeaisons, ne les offre que dans certains momens, et sous l'influence de quelque excitation. Aussi, suis-je étonné que des pathologistes aient assigné à cette affection ce caractère comme constant, comme pathognomonique ; et plus étonné encore que l'on ait dit, pour établir le diagnostic différentiel du *pithyriasis* et des *éphélides*, que le *pithyriasis* ne s'accompagne jamais de ces démangeaisons qui sont constantes dans les *éphélides*. En effet, le *pithyriasis* est très-souvent accompagné de démangeaisons, même fort incommodes ; et assez souvent les taches hépatiques ne donnent lieu à aucun phénomène semblable. Il est facile de faire du diagnostic sur le papier, mais les praticiens qui n'ont pas d'autre guide se trouvent souvent fort embarrassés dans l'application. Il m'a paru aussi, qu'il était parfois beaucoup plus difficile qu'on ne le dit, impossible même dans certains cas, de savoir si des taches de ce genre sont ou ne sont pas syphilitiques, quoique l'on indique des caractères qui doivent *toujours* distinguer ces deux affections.

Nous avons vu que notre malade avait éprouvé il y a dix ans une éruption, qui paraît avoir été un *prurigo*. C'est encore un exemple, après mille autres, de ces affections cutanées survenant à la suite d'impressions morales vives ; affections qui, nées sous l'influence de la même cause, semblent pouvoir revêtir toutes les formes morbides que présente le tégument, et ne varier qu'en raison des constitutions et de certaines circonstances particulières. Mais, depuis quelques jours encore, il est survenu une nouvelle éruption prurigineuse, un *prurigo formicans*, qui, cette fois, paraît lié à la maladie interne et à l'état de la constitution. M Alibert

---

(1) Il paraît toutefois que l'*achrome* peut aussi être produit par des influences extérieures, du moins si nous en croyons un exemple qui nous est fourni actuellement par une malade placée au pavillon Gabrielle. Cette femme porte sur le visage des taches rousses ou fauves ; et la même coloration existe, très-foncée, sur le dos des mains, et un peu moins intense sur une grande partie de la face dorsale des avant-bras. C'est un accident très-commun chez les gens de la campagne, et qui semble produit chez eux par le contact habituel de l'air et du soleil. Mais d'ordinaire, cette couleur est répandue uniformément sur les parties qui sont ainsi constamment découvertes, et il en était de même autrefois chez notre femme. Depuis trois ans seulement, une partie de ses mains s'est décolorée ; et actuellement, sur toute l'étendue des doigts, sur les bords et la paume des mains, sur la partie inférieure de la face palmaire des avant-bras, la peau est plus blanche que partout ailleurs. Ce n'est pas qu'elle soit complétement décolorée dans ces divers points, seulement elle y présente la teinte pâle ou légèrement rosée de la peau des individus jeunes, et dans les lieux où elle est constamment cachée par les vêtemens ; et cette teinte contraste vivement avec celle des surfaces voisines, brunies par la lumière, et même avec celle de tout le reste du tégument que l'âge a chargé d'une couleur plus sombre. Cette femme a 49 ans, et elle est *laveuse de lessives*. Elle attribue au contact habituel de l'eau et du linge mouillé la décoloration d'une grande partie de ses mains, et cela nous paraît assez probable. Il y a en outre, deux taches blanches analogues, près des coudes, sur la partie supérieure des deux cubitus, là où l'os n'est recouvert que par la peau, et sur les parties voisines. Elles sont fort anciennes et la malade les attribue à l'habitude de s'appuyer très-fréquemment sur cette partie, en lavant. Sa santé générale est bonne, et elle n'a d'autre maladie qu'une dartre squammeuse assez légère, survenue depuis quelques mois, aux bras, au cou et aux oreilles.

nous a fait remarquer, dans ses entretiens cliniques, la complication du *prurigo* avec des affections chroniques du foie ; et plusieurs fois aussi, nous avons pu voir, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit ailleurs, cette affection du derme survenir pendant le cours de lésions organiques, surtout de celles des viscères abdominaux. Mais parfois, au contraire, c'est à la suite d'une irritation long-temps prolongée de l'enveloppe tégumentaire, que l'on voit se développer des lésions intérieures plus ou moins graves. Tant intime est la liaison, tant fréquens sont les rapports qui réunissent aux autres branches de la pathologie celle des maladies de la peau! maladies encore trop peu étudiées, mais dont l'étude pourtant se répand tous les jours, depuis l'impulsion puissante qui a été communiquée à la science par le professeur dont je citais tout à l'heure le nom.

Enfin je remarquerai que le prurigo produit assez souvent, surtout dans les cas graves que je viens de mentionner, une coloration plus foncée du derme, qui se rapproche plus ou moins des nuances du *pannus hepaticus*. D'autres affections de la peau amènent aussi quelquefois un effet semblable. Je ne parlerai point du traitement de ces affections ; car je ne pourrais que répéter ce que l'on trouve dans la *Monographie des dermatoses*.

Le sujet de l'observation qu'on vient de lire étant mort un mois après qu'elle avait été rédigée, j'ai cru devoir, pour éclairer et justifier ce qui précède, rapporter en peu de mots la suite de sa maladie, et les résultats nécroscopiques qu'il nous a offerts.

Entré à Saint-Louis, le malade fut mis à l'usage des amers et des toniques ; il prit des bains sulfureux ; un vésicatoire lui fut appliqué à la nuque, et on l'entretint pendant quelque temps ; puis un autre vésicatoire fut mis sur le côté droit de la poitrine, au dessous et en dehors de la mamelle. La vue devint un peu plus claire, les douleurs de la poitrine étaient beaucoup plus rares ; l'appétit était bon, et il n'y avait plus de ces besoins fatigans qui témoignaient incessamment du mauvais état des voies digestives ; les forces augmentaient de jour en jour ; tout enfin s'améliorait dans la situation de cet homme, et on l'employa même comme convalescent à quelques travaux de manœuvre dans l'hôpital. Mais tout à coup le vésicatoire de la poitrine, qui existait seul alors, s'irrita ; sa surface devint saignante, et il donna lieu à de vives douleurs qui rétentissaient dans l'intérieur du thorax. Cette irritation se communiqua aux lieux avoisinans et un érysipèle survint, qui parcourut tout le tronc successivement et envahit même la partie supérieure des membres.—Enfin les progrès de l'érysipèle étaient arrêtés ; la fièvre intense et les souffrances générales qui l'avaient accompagné se calmaient. Le malade, encore faible et abattu, renaissait à l'espoir, lorsqu'une récrudescence dans les symptômes fébriles et généraux se développa ; des vomissemens assez considérables arrivèrent, sans qu'il y eût de sensibilité à l'abdomen ; la prostration alla croissant, et la mort termina tous ces accidens dans la journée du 8 septembre.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. — Le cadavre présente une maigreur assez grande. Sa peau est bleuâtre ou marbrée, dans tous les points qu'a parcourus l'érysipèle ; et les altérations qu'elle présentait auparavant dans sa coloration sont défigurées par ces résultats inflammatoires, sur la plupart des lieux où elles existaient. Par suite, nous n'avons pu faire une exacte recherche des causes matérielles qui avaient produit le dyschromatisme de l'enveloppe tégumentaire.

Crâne. — Il y a un peu de sérosité infiltrée dans la pie-mère de la convexité. Il y en a également un peu dans les ventricules, où elle est épanchée. L'encéphale présente dans toutes ses parties une injection sablée assez forte. Il est d'ailleurs très-mou.

La cornée transparente est visiblement plus épaisse que dans l'état normal : cette disposition était-elle originaire? était-elle morbide? Et dans ce cas, aurait-elle été en partie la cause de l'affaiblissement de la vue chez cet homme?

Poitrine. — L'examen des côtes et de la clavicule du côté droit ne nous fait reconnaître aucune trace de fracture. Seulement, les extrémités internes de la clavicule et de la seconde côte, par suite de la dépression et de la déformation de ce côté du thorax, font en avant une saillie anguleuse et beaucoup plus prononcée que dans l'état normal. C'était là ce que, à l'extérieur, nous avions pris pour des traces d'une solution de continuité ou de contiguité ancienne dans ces parties, accident rendu bien probable par la nature de la violence que cet homme avait soufferte, et par le traitement que l'on avait alors employé. Les cartilages des côtes ne sont pas ossifiés.

A l'intérieur, la cavité droite de la poitrine est en grande partie remplie par une masse de tissu anormal, étendue depuis la seconde côte jusqu'au diaphragme, épaisse de deux ou trois pouces en certains endroits, très-adhérente aux côtes qu'elle réunit intimement dans presque toute sa longueur, très-adhérente au poumon qu'elle enveloppe dans la plus grande partie de sa circonférence, car elle se prolonge jusque dans le médiastin. Ce tissu d'un blanc jaunâtre, très-compact et très-résistant à la section, en partie analogue, dans certains points, à la substance du cartilage ou du fibro-cartilage, ressemble généralement à un tissu fibro-lardacé, très-dense et très-solide. Sa section par le bistouri est assez lisse et brillante ; il se déchire difficilement, et montre alors des fibres diversement intriquées. Les surfaces produites par ces divisions ne présentent pas une teinte blanche parfaitement uniforme, quoique ses nuances se rapprochent beaucoup ; et ainsi, complexe dans son aspect, complexe dans sa structure et dans sa consistance, cette production nous paraît offrir, en somme, les caractères du squirrhe à l'état cru. En quelques endroits, on y trouve de petits amas sphériformes d'une matière blanche, friable, comme celle du tubercule ; en quelques autres, au voisinage des côtes, il y a de petits foyers contenant du pus blanc-grisâtre, et dont la circonférence irrégulière ne paraît pas ramollie. — Le poumon comprimé, refoulé par en haut et vers la co-

lonne vertébrale, et très-dense, très-dur, comme granuleux, et d'une couleur gris-bleuâtre ou noirâtre, ou qui semble formée par le mélange de ces différentes nuances. A son sommet, seulement dans l'étendue d'un pouce environ, et tout le long de son bord antérieur, dans l'épaisseur de quelques lignes, il est encore mou, un peu crépitant, et conserve en partie les caractères de l'état naturel. Le poumon gauche est plus volumineux que d'habitude, crépitant et sain. — la muqueuse de la trachée-artère et des bronches, présente une couleur gris-jaunâtre uniforme et assez foncée, qui nous a paru fort remarquable. Du reste, il n'y a aucun signe d'inflammation. — Il y a dans le médiastin un assez grand nombre de ganglions légèrement tuméfiés.

Le cœur, plus volumineux que dans l'état normal, offre une dilatation assez considérable du ventricule gauche, dont les parois amincies n'ont en général que trois à quatre lignes d'épaisseur environ. Il paraît sain dans ses autres parties, et sans altération dans sa substance. Quant à l'état des organes respiratoires, il concorde parfaitement avec les symptômes observés, et justifie nos soupçons.

Abdomen. — Le péritoine contient quelques onces d'un liquide séro-purulent, trouble et rougeâtre. Il offre en beaucoup d'endroits, une injection assez vive dans le tissu cellulaire sous-jacent. Les intestins sont réunis en quelques points par des plaques récentes de matière coagulable, qui se déchire au moindre effort; et on trouve entre quelques unes de leurs circonvolutions un liquide épais, comme laiteux, qui aurait sans doute formé de nouvelles adhérences en se concrétant. La rate, triplée de volume, allongée jusqu'auprès du cardia, n'offre pas d'altération bien notable dans sa structure. Elle adhérait fortement au péritoine saus-diaphragmatique.

Adhérent aussi au péritoine pariétal par d'anciennes brides devenues en partie celluleuses, peu étendu de droite à gauche, car il ne dépasse guère l'épigastre; plus étendu au contraire de haut en bas, dans son grand lobe, et paraissant à la fois retréci en travers et allongé en bas, le foie offre dans sa forme des changemens considérables, qui semblent avoir été produits par une lésion accidentelle. En effet, on trouve à sa face supérieure des lignes sinueuses et enfoncées, dans lesquelles le tissu diffère un peu de celui des parties voisines, et qui paraissent le résultat d'anciennes cicatrices. A la face opposée, on reconnaît à peine les sillons, les enfoncemens, les éminences qu'il doit présenter, tant ils sont altérés dans leurs formes, leur direction et leurs rapports. D'ailleurs ces faces sont devenues, la première antérieure et la seconde postérieure, par suite de la dépression de la paroi costale, qui a forcé ce viscère à s'allonger de haut en bas, en partie aux dépens de la cavité thoracique droite, et sans que, enveloppé par les côtes, il ait pu devenir sensible à la main, au-dessous du rebord abdominal supérieur. Sa structure n'est point altérée, et son volume total semble plutôt diminué qu'augmenté. — L'estomac présente une rougeur foncée et un peu de ramollissement dans la muqueuse de son grand cul-de-sac. Les intestins sont sains dans toute leur étendue. — Les reins et la vessie n'ont rien de remarquable.

MÉMOIRE

Sur trois questions de Pathologie et de Thérapeutique, présenté à la section médicale du congrès scientifique, ouvert le 7 sept. à Poitiers; Par Saint-Georges Rausol, D. M. M.

(Deuxième et dernier article.)

deuxième question. — *Quel sens doit-on attacher à ces expressions,* fièvres putrides, fièvres malignes? — Quoique le mot *putride* ait été exagéré depuis le temps de Galien jusqu'au seizième siècle (laps de temps durant lequel les doctrines humorales du médecin de Pergame régnèrent presque sans partage); il est pourtant vrai de dire qu'il existe réellement un état putride, ou si l'on veut mieux, une dissolution morbide du fluide sanguin, plus ou moins analogue à celle qu'on observe, par exemple, dans le *scorbut* local ou général, de la manière la plus incontestable. Cet état de décomposition vitale des fluides se trouve indubitablement dans les fièvres appelées *putrides* par les anciens, et *adynamiques* par l'école pinélienne. La noirceur de la langue, les dents fuligineuses, la fétidité extrême et même insupportable de l'haleine, des selles, des urines, des sueurs, les eschares qui surviennent aux jambes, aux reins, l'état gangréneux des plaies produites par les vésicatoires, les taches noires répandues souvent sur le système cutané, la prostration de tous les systèmes organiques, tout prouve une altération spéciale, profonde du sang et même une décomposition chimique très-avancée, puisque les cadavres tombent rapidement en putréfaction. N'y a-t-il pas dans la *fièvre pétéchiale*, une dissolution des plus évidentes de la masse sanguine? N'y voit-on pas paraître des hémorrhagies intestinales, nasales, urinaires, buccales? Au mois de juillet 1830, je vis à Saint-Cyr, en Talmondais, un individu âgé de 29 ans, charpentier, d'un tempérament très-bilieux, qui fut atteint de fièvre continue avec pétéchies sur tout le corps et hémorrhagies par les selles, les urines, la bouche, les voies nasales et pulmonaires, avec une fétidité que l'odorat avait beaucoup de peine à supporter. Tout annonçait évidemment une dissolution de la masse sanguine. J'employai les acides végétaux et minéraux. Au bout de quinze jours, les noirceurs de la peau disparurent complétement, et le malade se trouva guéri de cet état véritablement putride du sang (1).

---

(1) Rien n'est plus commun que de voir une dissolution souvent mortelle à la suite de la répercussion de la rougeole ou de la scarlatine. Le corps des malades se couvre de taches noires; les vésicatoires sont frappés de gangrène. Tout annonce un état de décomposition putride du sang.

En 1829, pendant la saison estivale, la variole qui avait été épidémique pendant l'hiver et le printemps avec des caractères inflammatoires, produisit dans le village de Curzon et autres communes environnantes, une mortalité effrayante. Cette affection variolense était alors compliquée d'une dissolution très-marquée du fluide sanguin, puisque le corps des malades était couvert de pourpre, et qu'il y avait des pertes de sang par le nez, les intestins et la vessie. On ne pouvait s'approcher des malades sans désinfecter les appartemens par des fumigations anti-septiques. Cette variole, d'un caractère essentiellement putride, eût fait beaucoup moins de ravages, si le peuple moins ignorant eût invoqué les lumières de médecins habiles. Ce qu'il y a d'incroyable, c'est que des hommes de l'art, aveuglés par les opinions du jour, employaient hardiment les sangsues et l'ouverture de la veine (1). Cette pratique était funeste. Le traitement anti-septique bien dirigé, et composé des acides, même du camphre et du quinquina, était le seul qui fût convenable dans une semblable épidémie. C'est par cette méthode thérapeutique établie sur l'essence de l'affection morbide, que je réussis à sauver plusieurs des malades qui furent confiés à mes soins.

Je ne crois pas devoir m'appesantir davantage sur cette question importante; cependant, s'il fallait de nouvelles preuves de l'état dépravé du sang, je citerais le *typhus* qui cause les plus grands ravages dans les hôpitaux, les navires, les prisons où l'air se trouve chargé de miasmes délétères provenant de l'encombrement d'individus. On ne peut s'empêcher de croire que les exhalaisons qui s'élèvent des corps malades n'infectent une atmosphère trop resserrée et ne produisent dans la masse sanguine et sur les centres nerveux, des modifications d'où résultent les symptômes de putridité et d'ataxie qui distinguent l'affection typhoïde.

On m'objectera sans doute qu'à notre époque les fièvres dites putrides dont le nom est si répandu dans les ouvrages des anciens médecins, sont moins communes qu'autrefois : cela est très vrai; mais il faut avouer que les praticiens des siècles passés abusaient du mot putride et le donnaient à toutes les affections bilieuses qui se présentent chaque jour à l'observation du médecin, pendant les saisons d'été et d'automne. Lorsque le système de *Brown* dominait en France sous les auspices du médecin de la Salpétrière qui, pour le dire en passant, avait fort mal à propos désigné sous le nom d'*adynamique* la fièvre putride de *Baillou*, de *Stoll*, etc., ce genre de fièvres s'observait plus souvent, parce qu'au lieu d'évacuer dès le principe les malades, pour chasser les matières bilieuses, que les mouvemens dépurateurs tendent à porter sans cesse au dehors, on employait le quinquina et autres astringens qui s'opposaient à l'action dépurative de l'organisme. Ces matières, retenues dans le tube intestinal, étaient en partie absorbées, et produisaient dans le sang la dépravation spéciale, que les bons observateurs de tous les temps ont appelée *putride*, et avec raison, puisqu'il y a en effet un commencement de décomposition, et que toutes les excrétions présentent une odeur qui a du rapport avec celles des viandes en putréfaction.

Les bubons *pestilentiels*, les boutons *varioleux*, les éruptions *morbilleuse*, *miliaire*, *urticaire*, *scarlatineuse*, *érysipélateuse*, *dartreuse*, le *zona*, le *pemphigus*, la *vérole* constitutionnelle ou primitive, les évacuations séreuses si abondantes dans le *choléra* des Indes, les affections *charbonneuses*, la grande classe des maladies *bilieuses*, *muqueuses*, le *scorbut* de mer, les *scrophules*, la contagion de la *rage* par la salive, la *gangrène* par le seigle ergoté, les dépôts *laiteux* après les couches, etc. Voilà encore autant d'exemples d'états maladifs dont la source réside principalement et réellement dans les différens fluides? (1)

---

(1) Le médecin de Brug dans son ouvrage, qui est un chef-d'œuvre de philosophie médicale, disait avec raison que les cheveux blancs et les perruques cachaient souvent la plus grande ignorance de la médecine, et que les véritables connaissances dans l'art de guérir résidaient dans le talent d'observer qui est beaucoup plus rare qu'on le pense vulgairement.

(1) Les maladies inflammatoires sont certainement, sous le climat de la Vendée, les maladies les plus communes, parce qu'on en observe dans tous les temps de l'année. Comme j'ai exercé pendant douze ans dans les bocages, les marais, les plaines et le littoral de ce pays, je puis aujourd'hui exprimer sans crainte mes opinions sur les constitutions médicales qui régnent habituellement dans la contrée où je me suis livré à l'exercice de l'art médical. Vers la fin de l'automne, lorsque les pluies annoncent un changement de saison, pendant l'hiver et le printemps, le médecin ne voit le plus souvent que des affections catarrhales et inflammatoires qui exigent un traitement antiphlogistique, et se caractérisent par des *maux de gorge*, des *cérébrites* ou *méningites*. Une chose bien remarquable, c'est que dans les campagnes, presque tous les jours, par l'effet des travaux agricoles, on n'a à traiter que des phlegmasies pulmonaires. Ce caractère phlogistique dans les maladies a continué de durer jusqu'au mois de juin. Alors de nouvelles maladies, si le cours normal des saisons n'a pas été changé ou que des épidémies spéciales n'aient pas paru, viennent prendre la place des affections morbides qui ont régné pendant les saisons hivernale et printannière. Ce sont des *fièvres* intermittentes, des vomissemens *bilieux*, des coliques, des diarrhées de même nature, que des médecins physiologistes ont la folie d'appeler *colite*, et *cholérine*, sans doute pour frapper davantage l'esprit des malades. Cette constitution essentiellement *bilieuse* domine ordinairement jusqu'à la Saint-Michel et même au delà de la Toussaint.

Quant aux maladies réellement *inflammatoires*, elles ont été connues dans tous les temps, même les plus reculés, puisque le vieillard de Cos en parle très-souvent dans ses écrits immortels, et que les praticiens et les nosologistes, depuis la renaissance de la médecine, au seizième siècle, les ont citées dans leurs ouvrages. Par conséquent *M. Broussais* n'a rien dit de nouveau sur ce sujet, si ce n'est qu'après *Pujol*, célèbre praticien de Castres, il s'est appliqué à bien apprécier les phlegmasies du tube intestinal qui étaient un peu moins bien connues avant lui.

M. Broussais d'ailleurs a commis une erreur fondamentale et

Si le temps me l'eût permis, j'eusse ouvert les fastes scientifiques, et j'eusse pu exposer sur ce sujet les opinions de *Stoll*, de *Dehaen*, de *Rivière*, de *Fernel*, de *Forestus*, de *Grant*, de *Tissot*, d'*Uxham*, de *Grimaud*, de *Boërhaave*, de *Baumes*, de *Pringle*, *d'Hildenbrand*, etc. Je me suis contenté d'exprimer avec sincérité, et d'après mon expérience, quel était mon sentiment sur cette question proposée par le programme.

S'il est prouvé par la bonne observation clinique, que les fluides sanguins peuvent s'altérer par des matières délétères, soit internes, soit externes, il n'est pas moins vrai de dire qu'il existe des fièvres appelées *malignes* par les médecins du siècle passé, et *ataxiques* par l'école de *Pinel*. Le système nerveux qui se compose du cerveau, de la moelle épinière, de tous les nerfs qui paraissent partir de ces centres ou qui en font partie par continuité, et du grand sympathique qui répand la vie dans les viscères de la poitrine et de la cavité abdominale; le système nerveux, dis-je, n'est-il pas susceptible d'être dérangé dans ses mouvemens réguliers et de s'abandonner à toute espèce d'anomalies, comme on le voit dans les affections nommées *vaporeuses* par *Pomme* et *névropathiques* par *Baumes* de Montpellier? Si, dans certaines affections chroniques, il est exposé à un désordre qui inspire de l'effroi, comme on le voit dans l'*hystérie*, la *manie*, l'*épilepsie*, etc., sans que les autopsies cadavériques puissent nous faire connaître en plusieurs circonstances une lésion physique des nerfs ou des foyers nerveux qui rendent raison des phénomènes morbides, pourquoi, dans les maladies aiguës, ne serait-il pas atteint d'une excitation très vive qui troublât les fonctions cérébrales et celles des autres viscères? N'observe-t-on pas dans les *fièvres rémittentes pernicieuses*, un trouble des plus violens, qui se dessine par des convulsions, du délire, des vomissemens opiniâtres, des douleurs intolérables dans les membres, les lombes, et même par des symptômes tétaniques? Aucun médecin qui a vu des malades et qui a retenu dans la mémoire, un spectacle aussi affligeant, ne peut nier que le système nerveux, dans l'état aigu, présente une irrégularité tout à fait alarmante et extraordinaire. Cependant, dans les fièvres *remittentes*, on n'osera jamais dire que cet ensemble de phénomènes est produit par une inflammation de la moelle épinière ou de l'encéphale, puisque le quinquina administré à temps et avec habileté, rétablit promptement le calme, dans toute la machine si fortement ébranlée!

Puisque j'ai prouvé d'une manière invincible que les foyers principaux de la sensibilité physique et animale sont fortement ébranlés dans les maladies aiguës, dont je viens de parler, quoiqu'il n'existe pas de phlogose proprement dite, ne serait-il pas anti-logique de soutenir que cette excitabilité nerveuse ne peut exister avec le type continu et constituer ce que l'on a coutume d'appeler fièvre maligne, laquelle se manifeste par le trouble des facultés mentales, le pouls petit, vif, serré, les soubresauts des tendons, un abattement profond des forces nerveuses et motrices, des yeux tantôt mornes, tantôt hagards, des traits altérés, etc. Certes, après la mort on peut trouver des épanchemens au cerveau, des engorgemens aux poumons, des rougeurs gastro-intestinales. L'irritation purement vitale, dans le principe, du cerveau et des autres nerfs, peut déterminer des congestions sanguines dans les différens viscères et même des phlegmasies, comme on l'a observé dans le *typhus* qui n'est qu'une fièvre putride maligne de la plus grande intensité. Mais il arrive aussi qu'on ne trouve aucune altération qui puisse expliquer les phénomènes morbides, comme *M. Andral* lui-même l'a remarqué. Je me rappelle fort bien que, lorsque j'étudiais la médecine à Montpellier, un malade mourut dans la salle chirurgicale, avec les symptômes de la fièvre ataxique. *M. Delpech*, assurément bien versé dans les autopsies cadavériques, dit, dans sa leçon, qu'il n'avait découvert aucune lésion qui fût en rapport avec le délire. D'ailleurs la thérapeutique contre laquelle se sont brisés et échoueront sans cesse tous les systèmes médicaux, doit souvent éclairer le médecin sur la nature ou les caractères fondamentaux des maladies. N'a-t-il pas été sanctionné par l'expérience la plus éclairée que les antispasmodiques, les toniques, surtout le quinquina, employés avec tant de succès par *Sarcone*, dans l'épidémie de Naples, et *Dehaen*, professeur de clinique à Vienne en Autriche (1), ont fréquemment arrêté cet éréthisme nerveux général, relevé les forces anéanties, et conservé les jours à ceux qui étaient sur le point d'être enveloppés du drap funéraire. Je ne dirai pas pour cela qu'il n'existe qu'une méthode pour le traitement de cette fièvre terrible. Loin de moi une opinion aussi exclusive qui conduirait à de graves erreurs; il peut survenir pendant son cours, chez des personnes jeunes, d'un tempérament pléthorique, des fluxions inflammatoires sur les organes appelés nobles dans les temps antiques; le praticien instruit et doué du tact médical devra combattre par des émissions sanguines, surtout locales, ces complications qui peuvent être favorisées encore par l'effet du spasme fixé sur les parties les plus essentielles à la vie. Ce n'est véritablement que par la méthode appelée analytique par le grand *Barthez*,

---

des plus pernicieuses en pathologie, en ne reconnaissant qu'une seule espèce d'inflammation. Certes, les inflammations essentiellement *gangréneuses*, comme le *charbon*, la *pustule maligne*, l'*érysipèle* et *l'angine gangréneuse* sont d'une nature différente des phlegmasies ordinaires et exigent un traitement particulier. Dans ce moment règne aux environs de Poitiers une épidémie d'*esquinancie gangréneuse* presque tous les malades qui ont été saignés sont morts. D'après ce que me disait un médecin de la ville, un docteur physiologiste de la campagne en a perdu près de quarante en peu de jours. Le traitement composé d'acides minéraux, de camphre et de quinquina administrés en lavement et surtout en gargarisme, est le seul qui puisse convenir dans cette épidémie.

(1) *Ratio medendi de febribus malignis*, tom. II.

qu'on peut traiter avec succès toutes les maladies aiguës où les indications thérapeutiques varient souvent du matin au soir. Mais, quoiqu'il soit vrai que des phlogoses puissent survenir dans les différentes périodes de la fièvre ataxique ou *maligne*, je persiste à soutenir que l'exaltation morbide des nerfs peut se présenter, avec le mouvement fébrile, sans inflammation de l'encéphale et de ses dépendances, comme on le voit à la suite d'affections morales profondes, telles que la *nostalgie*, des revers de fortune, des études trop continues, un amour brûlant et malheureux, ou bien par l'absorption de miasmes provenant de la décomposition de substances végétales ou animales qui a lieu dans les marais, les cimetières et les lieux où il y a agglomération de malades, sans que l'air puisse être renouvelé suffisamment.

Quoi qu'en ait dit M. Broussais, il est impossible de nier l'existence des fièvres appelées essentielles par les anciens ; dans certains cas, et même d'une manière épidémique, la fièvre putride, en particulier, avec tout le cortége des symptômes d'altération sanguine qui la constitue, se présente aux yeux du praticien dépouillé de tout système, qui croit avec raison que la véritable médecine n'est pas le fruit des travaux d'un seul homme, mais de l'expérience éclairée de tous les siècles écoulés depuis Hippocrate jusqu'à nous. Ne faudrait-il pas être bien injuste pour avancer que *Baillou*, *Stoll*, *Pringle*, *Pierre-Frank*, *Tissot*, *Baumes*, *Hildenbrand* et une foule d'observateurs du premier ordre se sont toujours trompés, lorsqu'ils prouvent par leurs écrits impérissables qu'ils guérissaient souvent cette fièvre si dangereuse, par les acides, les toniques, comme le quinquina, les anti-septiques excitans, comme le camphre? Quant à moi, qui ai quitté les bancs de l'école avec un esprit exempt de toute idée hypothétique, et qui ai toujours cherché à étudier les maladies telles qu'elles sont sur l'homme, j'affirme que, d'après la séméiotique et la thérapeutique qui sont les premiers fondemens de la pathologie, il y a une fièvre nommée putride par les médecins de l'antiquité (1).

La *fièvre inflammatoire* qu'on observe souvent chez les individus jeunes et sanguins, n'est pas plus une *gastro-entérite* que la précédente ; de même que cette dernière maladie n'est pas la *fièvre bilieuse*. Je n'ai jamais pu comprendre comment un médecin à la tête d'un hôpital, avait pu avancer tant d'hypothèses chimériques (2)!

La *variole*, la *rougeole*, la *scarlatine*, le *choléra* des Indes, la *peste*, la *vérole*, ou plutôt toutes les maladies tant aiguës que chroniques, n'ont-elles pas une physionomie qui leur est propre et qui empêche le praticien de les confondre? Il en est ainsi des fièvres que j'appelle *générales*, parce que tout l'organisme est profondément ébranlé. Certes, il y a des inflammations de l'estomac et des intestins ; mais elles sont beaucoup moins communes que les phlegmasies pulmonaires, et cependant on n'a jamais pensé à fixer dans celles-ci, le siége des fièvres essentielles.

Regarder les phlogoses gastro-intestinales comme la cause des fièvres *bilieuse*, *muqueuse*, *putride*, *ataxique*, c'est ensevelir la pathologie dans un chaos et anéantir à jamais la médecine pratique (1).

Troisième question. — *Peut-on toujours expliquer l'action des médicamens sur l'économie animale?*

Si cette question n'avait pas été proposée pour être discutée dans le congrès scientifique de Poitiers, je m'abstiendrais de m'en occuper. Pressé par le temps, je me borne à choisir pour exemples le *quinquina*, le *mercure*, l'*émétique*, et la *belladone*.

Avant que le génie gigantesque de Christophe Colomb eût découvert un monde dont les fastes historiques des peuples n'avaient jamais fait mention, les médecins européens et asiatiques n'employaient contre le type intermittent que les évacuans des premières voies, les plantes amères, telles que la gentiane, la centaurée, l'absynthe (qui est encore le quinquina du peuple des campagnes), les écorces de chêne, de marronnier des Indes, de saule, etc., etc. Par ces deux méthodes de traitement, ils obtenaient des succès dans beaucoup de circonstances. De temps immémorial, les Péruviens qui étaient parvenus à un certain degré de civilisation et qui, par un sentiment naturel à l'homme et à beaucoup d'animaux, avaient cherché à découvrir des re-

---

(1) Les expériences fort importantes de *M. Gaspard*, médecin fort distingué de Saint-Étienne-sur-Loire, et l'un des élèves les plus marquans de l'école physiologique, n'ont-elles pas prouvé d'ailleurs que des matières animales ou végétales en putréfaction injectées dans les veines des animaux pouvaient produire tous les symptômes des fièvres *putride* et *maligne* ?

(2) Il est juste de reconnaître toutefois que dans ces derniers temps, le chef de l'école physiologique s'est beaucoup amendé. Sa plume laisse échapper quelquefois, depuis un an surtout, les mots *nature médicatrice*, *principe vital*, *réaction fébrile*..... qu'elle a repoussés avec tant de colère pendant plusieurs années. Encore un peu et *M. Broussais* sera aussi *ontologiste* que nous. Je ne désespère pas de le voir avant deux ans faire un pélérinage à Montpellier pour achever de se convertir et pour abjurer pleinement ses erreurs aux pieds de l'effigie d'*Hippocrate*.

(1) Après la lecture de mon Mémoire, il y eut une discussion. Je vis avec plaisir que les vieux et même les jeunes praticiens, à l'exception d'un seul, encore plongé dans les ténèbres du *Broussaisisme*, qui avaient réellement observé les maladies, ont partagé mes opinions sur l'existence des fièvres putrides et malignes. Cependant, quelques médecins ont dit qu'à la suite de la fièvre putride on trouvait dans les cadavres des inflammations du tube intestinal, et ont cité la *dothinentérite*, mot encore barbare de la façon de *M. Bretonneau*, de Tours, qui se plaît à créer des termes pour être auteur original. Toutes ces phlogoses et la dothinentérite qu'on a pu découvrir sur quelques personnes, ne sont véritablement que des effets de l'altération des fluides stagnans dans le tube intestinal, ou expulsés par la membrane muqueuse qui puise sans cesse dans la masse sanguine les matériaux excréteurs et nuisibles à l'économie animale.

mèdes propres à guérir leurs maux physiques, connaissaient l'efficacité merveilleuse du quina contre les affections intermittentes endémiques, dans des contrées que l'art de l'hydraulique n'avait pas encore desséchées. Par une juste haine contre leurs barbares oppresseurs, les infortunés habitans du Pérou enveloppèrent pendant long-temps d'un secret comme religieux la vertu fébrifuge de l'écorce dont ils se servaient avec tant de succès contre les fièvres périodiques. Heureusement le secret si fatal à l'humanité souffrante fut dévoilé. La cour d'Espagne envoya bientôt du quinquina en présent à toutes les familles royales d'Europe. En peu de temps de nombreux succès méritèrent à ce végétal le nom de *spécifique* du type périodique. Au dix-septième siècle, *Sydenham* contribua beaucoup à propager l'emploi de ce remède héroïque, qui depuis a toujours été regardé comme le moyen thérapeutique le plus propre à combattre les affections intermittentes, rémittentes, insidieuses, surtout lorsque les complications qui accompagnent ces maladies ont été détruites.

Le sulfate de quinine est aujourd'hui la préparation la plus employée, à cause de la quantité très-petite qui suffit souvent pour anéantir le type périodique, sans fatiguer l'estomac.

A toutes les époques de la science, les médecins praticiens, et surtout systématiques, ont cherché à expliquer de quelle manière les médicamens dont on se sert dans le traitement des maladies agissaient sur l'économie. L'homme, par un instinct naturel qui le conduit souvent à s'égarer ou à faire des découvertes, cherche toujours à pénétrer la cause des effets dont il est le témoin. Aussitôt que le quina fut connu, chaque médecin, d'après son système, voulut se rendre raison de sa vertu tout à fait admirable. Pendant que les doctrines humorales régnaient encore dans les écoles des 17e et 18e siècles, on prétendit que le quina agissait comme antiseptique, c'est-à-dire qu'il arrêtait l'état putride des fluides et empêchait, par cette action, le retour fébrile. Les solidistes, ou les dynamiques tels que *Cullen*, regardaient l'écorce péruvienne comme un puissant tonique qui ne guérissait les fièvres qu'en fortifiant l'organisme. Cette explication est assez plausible, puisque les amers qui sont des toniques fixes obtiennent chaque jour des succès bien remarquables dans les fièvres d'été et d'automne. L'illustre *Pujol*, qui, vers la fin du siècle passé, remporta plusieurs palmes académiques, quoiqu'il n'habitât qu'une petite ville du Midi, le praticien de Castres, dis-je, voulut aussi donner une théorie sur les qualités éminemment fébrifuges du quina, et prétendit qu'il ne détruisait le type périodique, qu'en déterminant une surexcitation du système artériel, comme l'annonce quelquefois la force qu'acquiert le pouls, après l'administration de ce médicament. La secte moderne qui s'est orgueilleusement parée de couleurs physiologistes, comme si avant son avénement sur l'horizon de la médecine, les vrais principes de la physiologie n'avaient pas été posés d'une manière durable par *Bordeu*, *Barthez*, *Grimaud*, *Roussel*, *Haller*, *Dumas*, *Lordat*, *Chaussier*, *Bichat*, etc.: je le répète, les docteurs physiologistes, entr'autres *M. Bégin*, l'une des colonnes les plus solides de l'édifice médical du Val-de-Grâce, ont prétendu que le quinquina n'agissait que comme *révulsif*, en produisant une irritation générale des vaisseaux sanguins. Je ne m'arrêterai pas à combattre une pareille hypothèse qui est chaque jour contredite par la saine observation. Quant à moi, j'ai toujours pensé que le quinquina était doué d'une propriété *sui generis*, d'une action tout à fait spéciale sur le système nerveux. On ne peut point dire, en effet, qu'il agit seulement comme anti-spasmodique, puisque l'*opium*, le premier des calmans, échoue souvent et même peut devenir nuisible dans le type rémittent : lorsqu'on a dit qu'il agissait comme *tonique* ou excitant sur l'organisme, d'où vient que le sulfate de quinine qui est privé du tanin, principe très-fortifiant, enlève les fièvres périodiques comme par enchantement? La solution d'une pareille question me paraît d'ailleurs au dessus de l'intelligence des médecins les plus éclairés. Le quina seul ou combiné, guérit parfaitement le type intermittent et rémittent essentiel, lorsqu'il est mis en usage par des mains habiles. Vouloir expliquer de quelle manière il guérit, c'est se perdre dans des suppositions frivoles et renouveler les plaisanteries fines et spirituelles de Molière sur l'opium. Dans la médecine comme dans toutes les autres sciences physiques et morales, il y a des limites que l'esprit humain ne pourra jamais franchir.

Je passe au *mercure*, considéré comme *anti-syphilitique*. Quelle que soit la variété des sentimens qu'on adopte sur l'origine de la maladie vénérienne, il est croyable qu'elle ne parut qu'après, ou bien au moment de la découverte des Indes occidentales. A-t-elle pris naissance en Europe ou bien y a-t-elle été importée des rivages de Saint-Domingue? C'est ce que je ne veux point décider, puisque les médecins les plus érudits, tels qu'*Astruc*, *Sprengel*, etc., ont des idées différentes sur cette matière. Ce qu'il y a de positif, c'est que lorsque la syphilis parut en Espagne, en Italie, en France, elle exerça de grands ravages, faute de moyens thérapeutiques convenables. Les praticiens essayèrent pendant long-temps toutes les ressources de la matière médicale, sans beaucoup d'utilité. Heureusement l'analogie inspira à quelque homme de l'art, ou bien à des personnes du peuple, l'emploi du *mercure* dont on se servait pour guérir la gale des troupeaux. Les expériences se multiplièrent partout et bientôt on put regarder ce métal comme le spécifique de la syphilis. Quand on commença à employer ce médicament, on crut qu'il ne pouvait anéantir le virus vénérien qu'en l'expulsant par les glandes salivaires; il arriva souvent que, par l'effet d'un ptyalisme trop abondant et trop prolongé, beaucoup de personnes périrent de consomption ou d'étisie; il n'est pas surprenant que les premiers essais d'un remède soient souvent accompagnés d'accidens graves, parce qu'il faut du temps pour bien saisir ses effets sur les différens individus et établir ses doses d'une manière générale ou particulière, et connaître quelle est la forme la plus convenable. Il en fut ainsi de l'*émétique*, qui dès le principe fut appelé *antimoine*, à cause de la mort

dont furent frappés plusieurs frères d'un couvent qui en avaient fait usage à une dose trop élevée. Ce dernier remède produisit même tant de mal par suite de l'ignorance de ceux qui l'administraient, que la Faculté de Paris et les parlemens se virent obligés de défendre son emploi dans la médecine. C'est cette défense qui donna lieu aux lettres si piquantes et si spirituelles de *Guy Patin*. Cependant lorsque des médecins habiles furent parvenus à fixer les doses, d'après l'âge, le sexe, la sensibilité des malades, l'émétique opéra des cures nombreuses et fut regardé comme l'un de nos médicamens les plus efficaces, notamment dans le traitement des maladies saburrales des voies digestives.

Il n'est pas étonnant que le mercure ait eu des adversaires, surtout à une époque où un humorisme absolu dominait l'esprit de beaucoup de praticiens. Les théories galéniques qui n'étaient pas encore réduites à leur juste valeur firent penser aux hommes de l'art que le mercure ne pouvait guérir la vérole que par une salivation copieuse, et nullement par une action qu'on appelle *spécifique*, et qui est tout à fait inexplicable. L'Hippocrate anglais, si faible et si humoriste dans l'étiologie des maladies, paya le tribut aux erreurs de son siècle. La méthode que je puis nommer *salivaire* fut celle qu'il préconisa. Peu à peu les lumières se répandirent; le solidisme ou le vitalisme, fondé par les travaux de *Frédéric Hoffman*, de *Cullen*, leva la tête et voulut s'asseoir sur le trône de la médecine, occupé pendant un si long espace de temps par la doctrine humorale. Alors des médecins judicieux pensèrent avec raison que le mercure avait une autre vertu que celle d'évacuer le virus vénérien par les parotides. Le chancelier *Chicoyneau*, l'un des praticiens les plus célèbres de son époque, et dont les talens tout à fait transcendans rehaussèrent la gloire de l'école méridionale, l'observateur de la peste de Marseille, modifia l'ancienne méthode mercurielle en s'opposant au ptyalisme par des bains et des purgatifs. A l'époque où nous sommes, si j'en excepte un grand chirurgien de Paris, M. Dubois, les praticiens sages regardent comme inutile d'exciter les glandes qui sécrètent la salive. Feu *M. Fages*, qui fut sans contredit sous le ciel du Languedoc l'un des plus beaux ornemens du professorat français, ne jugeait pas à propos de faire saliver, et recommandait de suspendre le médicament, aussitôt qu'il y avait éréthisme pathologique des parotides.

Il en a été de l'action du mercure comme de celle de tous les autres médicamens; on s'est demandé mille fois, comment guérit-il les affections vénériennes? Les humoristes pensaient que c'était en évacuant le virus par les voies salivaires; les solidistes, par une excitation sur les systèmes sanguin, lymphatique et nerveux. Mais s'il n'agissait que comme excitant, d'où vient donc que l'ammoniaque et tous les autres diffusibles n'obtiendraient pas un pareil succès? D'autres, attribuant plusieurs maladies à de petits insectes imperceptibles, ont regardé le mercure comme un véritable poison pour ces animalcules inventés à plaisir. Ne voulant pas pénétrer dans les secrets mystérieux de l'organisme, ni me lancer dans le vaste champ des hypothèses, je dirai avec tous les praticiens les plus renommés tant français qu'étrangers, que le mercure a un mode d'agir inconnu, mais qui n'en est pas moins salutaire. Avant qu'il ne fût connu, des familles entières étaient moissonnées au milieu des langueurs d'une vie la plus triste et la plus dégoûtante. Grâces à son emploi bien dirigé, cette maladie épouvantable par la dépravation qu'elle porte dans les fluides, les douleurs atroces qu'elle produit dans le système osseux, et les ulcérations fétides, profondes qu'elle détermine dans le nez, la gorge, et les autres viscères, ou bien sur le système cutané et musculaire; la *syphilis* dont les villageois qui ont toujours habité sous le toit de chaume de leurs ancêtres ont le bonheur de n'être pas infectés, n'effraie plus le médecin éclairé qui, plein de confiance dans l'expérience des temps passés et de tous les jours, a recours aux différentes préparations du remède spécifique. Qu'importe d'ailleurs au praticien de savoir le mode d'action du médicament, lorsqu'il est sûr de la dose convenable et des cas morbides où ils doivent être employés! L'école *physiologique* qui a voulu faire table rase en pathologie et en thérapeutique, n'a pas manqué d'expliquer la propriété médicamenteuse du mercure; d'après elle, ce ne serait qu'un remède perturbateur, un *révulsif* et un excitant des plus dangereux, à cause des *gastro-entérites*, des *pulmonites* qui suivent sa mauvaise administration. Laissons toutes ces fausses opinions parisiennes se détruire peu à peu sous le poids insurmontable de l'expérience des siècles; quant à moi, bien persuadé que la découverte d'un bon remède est mille fois supérieure à tous les systèmes de pathologie les plus séduisans, je dirai que le genre humain doit avoir une reconnaissance perpétuelle pour celui qui, le premier, eut l'idée d'employer les mercuriaux dans la syphilis (1).

L'émétique, dont je parlais un peu plus haut, agit, sans doute à faible dose, comme vomitif ou laxatif, et jouit d'une action spéciale sur les fibres gastriques; c'est le remède le plus fréquemment employé, lorsqu'on veut évacuer des matières bilieuses stagnantes dans les voies digestives, si toutefois l'irritabilité trop vive des malades ou la diathèse hémoptisique ne contre-indiquent point son usage. Depuis quelques années la médecine italienne qui a porté ces remèdes à des doses incroyables, s'est popularisée en France, quant à l'émétique, et l'expérience a prouvé sous ce rapport en faveur du *contro-stimulisme*.

Les travaux cliniques de *Lanënec* à Paris, de *M. Bénaben*, mon ancien ami, praticien fort distingué aux environs de Toulouse, et d'une foule d'autres médecins, ont prouvé que, dans les phlegmasies si fréquentes des

---

(1) Qui pourrait croire qu'il s'est trouvé une couronne pour un auteur de nos jours (*M. Richond*) qui n'a pas craint d'employer ses veilles à démontrer *la non-existence du virus vénérien!!!*

plèvres et des poumons, l'émétique porté depuis la dose de 6 grains jusqu'à 50 et plus dissipe l'inflammation la plus vive, ainsi que les engorgemens qu'on appelle *hépatisations* pulmonaires. Quant à moi, qui ai exercé la médecine pendant douze ans dans les campagnes, je ne me suis servi que deux fois de cette médication : mais, dans ces deux cas, j'ai obtenu un succès qui me surprit. Je ne fis en effet usage du remède qu'au septième jour de fluxions de poitrine négligées, comme c'est la coutume chez le peuple de nos contrées qui préfère souvent confier sa vie à des commères plutôt qu'au médecin. Je suis porté à croire, en pareil cas, que l'état phlegmasique des organes respiratoires modifie d'une manière étonnante la vitalité de l'estomac, et que c'est à cette modification spéciale qu'on doit attribuer l'insensibilité de l'organe gastrique. Il reste une question à décider : Quel est le mode d'action de ce remède ? Est-ce comme dérivatif qu'il agit ? On ne peut le croire, puisqu'il est assez remarquable que souvent pendant le cours de son administration rien n'indique une phlegmasie gastro-intestinale. S'il agissait comme déplaçant une irritation par une nouvelle irritation, la *gastrite* et l'*entérite* devraient se dessiner avec les symptômes les plus violens, puisqu'il est d'observation que plus une inflammation est intense, plus l'action des rubéfians doit être énergique. Cette théorie est avancée par des médecins de notre époque qui veulent rendre raison de tous les phénomènes thérapeutiques et pathologiques par le mot vague *irritation*, qu'ils n'ont jamais bien défini. Il en est de ce remède comme du mercure, il opère des cures surprenantes par une propriété *sui generis*, agissant sur les systèmes sanguin et lymphatique. Son emploi dans le traitement des fluxions de poitrine est une conquête précieuse ajoutée aux richesses thérapeutiques déjà connues.

Il me reste à examiner les vertus médicamenteuses de la *belladone*, qui possède des propriétés particulières pour dilater les tissus érectiles et de structure musculaire, tels que l'*iris*, le *museau de tanche*, le *col de la vessie*, etc., etc. Depuis fort long-temps les oculistes, pour faciliter l'opération de la cataracte, en agrandissant l'ouverture de l'iris, font des frictions sur les sourcils et obtiennent promptement le résultat qu'ils désirent. Par analogie, le professeur *Chaussier* eut l'idée de s'en servir sous forme liquide ou d'*extrait* dans les accouchemens laborieux qui proviennent d'un spasme permanent du col utérin. La belladone par sa vertu narcotique et relâchante détend l'orifice de la matrice, qui laisse un libre passage à l'enfant que poussent les efforts synergiques du corps et du bas-fond du viscère. Depuis ce praticien célèbre, on a employé la belladone avec de grands succès dans l'étranglement des *hernies* inguinales sans inflammation de l'anneau; il y a déjà quelques années les journaux de la capitale ont fourni une foule d'observations les plus importantes sur les résultats si avantageux qu'on en a retirés dans plusieurs circonstances. Aujourd'hui ce médicament se trouve sous la main de tous les hommes de l'art. Pourquoi donc la belladone jouit-elle de cette propriété dilatante, tandis que l'opium, la jusquiame, la ciguë, le stramonium éminemment anti-spasmodiques et narcotiques n'en jouissent pas ? C'est encore un mystère impénétrable pour le médecin.

Sans doute la belladone agit directement sur les systèmes nerveux et musculaire ; mais comment se fait-il qu'elle dilate la prunelle, le col vésical, celui de l'utérus, les anneaux des aînes, d'une manière qui lui est tout à fait propre? Pour toute réponse, j'avouerai que je n'en sais rien. L'observation m'a prouvé qu'elle jouissait de cette faculté médicamenteuse à un haut degré ; cela me suffit : il ne m'en faut pas davantage pour en obtenir des effets heureux, lorsque j'aurai occasion de l'employer.

Il me semble que j'ai assez développé mes idées sur la question qui a rapport à l'action des remèdes sur l'organisme ; certes, il y a des médicamens dont il est facile d'expliquer les propriétés actives, tels que les *toniques*, les *acides minéraux*, les *émolliens*, etc., etc. ; mais il en est d'autres dont les vertus merveilleuses saisissent souvent de stupeur le praticien réfléchi et confondent sa raison (1).

VARIÉTÉS.

Opinion des médecins de Lyon sur la responsabilité médicale, à l'occasion du procès de M. Thouret-Noroy.

Dans l'affaire *Thouret-Noroy*, tout l'avantage est resté aux médecins de province. A Paris, beaucoup d'efforts individuels louables et généreux ont été faits sans doute, mais lorsqu'on a voulu mettre la masse en mouvement et accomplir une œuvre digne du corps médical tout entier ; l'influence du pouvoir et l'esprit d'égoïsme et de petitesse indifférente qui règne dans la capitale, sont venus réduire à de bien mesquines proportions, et le secours pécuniaire et la manifestation morale sollicités en faveur de notre confrère du département de l'Eure. A Lyon, comme à Rouen, au contraire, l'élan a été généreux et unanime ; les sommités de l'art n'ont pas craint de se compromettre en se prononçant nettement et sans arrière-pensée ; et si partout la question générale de la *responsabilité médicale* a été convenablement appréciée, c'est surtout à Rouen et à Lyon, que le fait particulier a été défendu avec toutes les lumières de l'art et tout l'abandon de la charité. Cette leçon, il faut l'espérer, tournera un jour au profit des médecins de la capitale.

---

(1) La section médicale du congrès scientifique de Poitiers (qui, à mon départ, se composait de 52 membres) a approuvé la solution des deux premières questions ; il n'y a aucun doute qu'elle eût eu le même sentiment sur la dernière, si le temps avait permis d'en entendre la lecture et la discussion.

Comme leurs confrères de Rouen, les médecins de Lyon n'hésitent pas à imprimer un blâme énergique à l'impéritie de l'officier de santé qui a agi en l'absence du docteur ; comme eux, ils soutiennent la probabilité de l'existence d'un *trombus* plutôt que d'un *anévrysme ;* comme eux enfin, ils s'élèvent avec force contre un jugement prononcé par des magistrats évidemment incompétens dans une question de pratique médicale.

Quant au principe général de la *responsabilité médicale,* l'opinion des médecins de Lyon est la même que celle des médecins de Paris, de Rouen, de Bordeaux, et, sans doute, de tous les autres points du royaume. Elle est, selon nous, très bien résumée dans ce passage que nous empruntons aux *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale* (octobre 1834, t. XII, 2e partie, p. 440) :

« ... En général, le médecin ne saurait être responsable des événemens de sa pratique médicale ; telles sont les exigences des intérêts sociaux ; mais est-ce à dire que nous déclinions complétement les articles 1382, 1833 du Code civil ? Non, sans doute, toutes les erreurs matérielles, grossières, du genre de celles signalées par M. Trébuchet, pourront donner ouverture à cette responsabilité civile. Ainsi, pour reproduire des exemples si souvent cités, une déplorable erreur prescrit un poison pour un remède ; un chirurgien, en état d'ivresse, blesse un malade confié à ses soins : nul ne doute que l'auteur de ces accidens ne soit soumis à la responsabilité ; ainsi de tous les cas analogues ; mais nous voulons que ces erreurs soient telles qu'elles appartiennent encore plus à l'homme qu'au médecin, car nous renfermerons même notre pensée à ce sujet dans ces termes : *l'homme seul est responsable, le médecin ne l'est pas.* »

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

DÉCEMBRE 1834.

N° DU 6.

MEMOIRES ORIGINAUX.

—

Note sur un spéculum en gomme élastique pure; par M. le Docteur E. Dufresse-Chassaigne.

Depuis quelques années, on s'est particulièrement occupé des maladies de l'utérus, et spécialement du squirre du col qui, dans la plupart des cas, n'est qu'un degré plus avancé ou une mauvaise terminaison de l'une de ces maladies non traitée ou mal traitée.

On a dirigé, contre ces affections et surtout contre le squirre, divers traitemens qui ont rarement été suivis de succès, c'est pourquoi l'extirpation du col de l'utérus a été proposée en dernier ressort; cette opération compte des réussites, mais il est arrivé qu'elle a échoué dans bien des cas, parce qu'on n'y a procédé qu'après avoir mis d'abord en usage tous les traitemens qu'on croyait susceptibles de modifier la maladie à laquelle on avait ainsi donné le temps de se propager jusqu'au corps de l'utérus, de sorte qu'en extirpant le col qu'à cette époque, on n'emportait qu'une partie du mal qui récidivait et conduisait les malades au tombeau; d'autres fois on s'est hâté de faire l'amputation du col, même dans des cas qui ne la nécessitaient pas, et qui auraient pu guérir sans cela. Ce ne sont guère que des cas de ce genre qu'on peut compter parmi les réussites.

Ces succès variés ayant laissé quelques médecins dans le doute, ou bien certaines personnes ayant refusé de se soumettre à toute espèce d'opération sanglante, lorsqu'il en était temps, ou bien encore d'autres ne s'étant aperçues de leur mal, qu'au moment où il était déjà trop avancé, et n'étant venu réclamer les secours de l'art qu'à l'époque où des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans la matrice, et où elles étaient inquiétées par l'altération visible de leur constitution; il fallut bien chercher des moyens, soit palliatifs, soit curatifs pour adoucir leur position et pour améliorer leur santé.

Parmi ces moyens, les uns sont externes et les autres internes. C'est spécialement des premiers que je vais dire un mot. On en trouve l'appréciation dans l'extrait d'un mémoire de M. Lisfranc, publié dans la *Gazette médicale* (du 16 novembre 1833).

L'auteur de ce mémoire rejette complètement *les saignées locales* faites en un point voisin de la matrice, parce qu'elles tendent, selon lui, a congestionner cette partie plutôt qu'à la dégorger.

Les saignées générales du bras et du pied, peu copieuses, sont très-utiles pour les personnes dont le tempérament est propre à les comporter.

Toute substance médicamenteuse introduite sur le col doit être rejetée, ainsi que les bains de siége.

Les bains entiers d'une durée de 3 à 6 heures, pour les personnes qui pourront les supporter, seront très-salutaires.

Il en sera de même des injections faites avec douceur, émollientes, astringentes ou détersives, suivant l'état d'acuité de la maladie; le liquide se rassemble autour du col, et forme un bain local qu'on garde 10 minutes ou 1/4 d'heure, et qu'on renouvelle.

Le repos est d'absolue nécessité.

Ainsi, le traitement qui aurait paru le plus avantageux à M. Lisfranc, serait le suivant : saignées générales, bains entiers long-temps prolongés, injections de diverse nature, repos et, quand cela est nécessaire, la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Or, puisque les injections qui forment autour du col un bain local, sont regardées comme très salutaires, puisque les bains entiers sont considérés de la même manière, quoiqu'ils ne soient pas en rapport direct avec le col de l'utérus, puisque le canal vaginal est construit

de manière qu'il ne permet point à l'eau d'y pénétrer, il est évident que s'il existait un moyen commode de mettre le col de l'utérus en contact avec l'eau du bain, l'action de ce dernier serait augmentée, on éviterait aux malades l'ennui de faire des injections, et de rester si long-temps dans l'eau. Or, le spéculum que je propose, pourra facilement remplir ce but. En effet, il renferme toutes les conditions nécessaires à cet objet, élasticité, légèreté et solidité, telles sont ses qualités. Il se compose d'une spirale conique en fer recuit, recouverte exactement d'une feuille de gomme élastique aussi mince et aussi unie que possible; la gomme est très-douce au toucher, elle est susceptible d'une grande extension et n'éprouve aucune altération dans l'eau à la température du bain. En outre, la spirale qu'elle recouvre permet à l'instrument de se plier avec la plus grande facilité dans tous les sens, et, par conséquent, une fois qu'il sera introduit dans le canal de la femme, elle pourra s'asseoir dans son bain et changer de position à son gré, sans crainte de le voir ressortir, ou d'être blessée, puisqu'il suivra exactement tous ses mouvemens. L'eau, trouvant alors un libre accès, sera directement en contact avec le col, pendant toute la durée du bain; elle sera absorbée plus vite et contribuera plus efficacement à rendre au col sa souplesse, et à diminuer l'altération des humeurs qui sont sans cesse attirées vers lui avec abondance, à cause de son état pathologique; si la spirale en fer était conservée, elle serait oxidée par le contact de l'eau, mais il sera facile d'éviter cet inconvénient en la remplaçant par une spirale de laiton d'argent ou de platine, fine et serrée.

Cet instrument serait susceptible de servir de pessaire; en réduisant sa longueur à 3 pouces, ce serait un pessaire en bondon; léger, souple et solide, facile à placer et à maintenir dans les parties, inaltérable par les mucosités du vagin, facile à retirer et à nettoyer, et susceptible, par le peu de valeur de la matière, d'être à la portée de toutes les bourses (1).

(1) Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette note, c'est l'indication et la facilité de procurer le contact de l'eau du bain avec les parties malades. Quant à la forme et à la matière du speculum ou du pessaire de M. Dufresse-Chassaigne, on sent qu'elles peuvent être variées et perfectionnées. (F.)

N° DU 13.

EMPOISONNEMENT PAR L'EXTRAIT DE BELLADONE; par M. A. LAURAND, D.-M.-P.

Dans les premiers jours du mois de septembre dernier, vers les 4 heures du soir, la dame M....., vint me prier d'aller voir deux de ses enfans qui, disait-elle, paraissaient fous depuis plusieurs heures. Je m'empressai de répondre à son appel, et rendu chez elle, je trouvai sur un lit un jeune garçon de neuf ans, et à côté de lui, une petite fille de dix-huit mois. Ils étaient tous les deux couchés sur le ventre. Le jeune garçon (Alfred) avait les yeux brillans, fixes; sa figure animée exprimait de la joie, de l'étonnement; ses lèvres étaient sèches, un peu noires, et cependant la langue était rosée et assez humide; ses membres étaient continuellement en mouvement; avec ses mains il cherchait à surprendre des papillons, des insectes qu'il croyait voir sur mes vêtemens. La petite fille avait encore plus d'agitation, sa figure était plus colorée, ses lèvres étaient plus sèches et plus noires; tout son corps était rouge, ce qui n'avait pas lieu chez Alfred, son frère; elle remuait sa tête à tout moment et la laissait retomber avec abandon, comme dans l'ivresse; elle faisait toute sorte de singeries, appelait son père, sa mère, ses frères, et très-distinctement, ce qui les étonnait beaucoup, car c'était la première fois de sa vie qu'elle parlait avec clarté. Chez ces deux enfans le pouls était très-vif, les pupilles étaient dilatées, immobiles, les conjonctives présentaient une teinte bleuâtre bien prononcée; ils rendaient de temps en temps, par la bouche, des mucosités noirâtres, épaisses, filantes; la petite fille seulement avait eu quelques nausées, pas de vomissemens; la pression sur le cou, sur la poitrine et sur l'abdomen, ne paraissait déterminer aucune sensation douloureuse, elle semblait au contraire provoquer le rire, la gaîté. Dans leur espèce de délire jovial les jeunes malades s'occupaient l'un de l'autre d'une manière toute particulière; ils s'appelaient, se recherchaient constamment. Ma première pensée fut qu'ils étaient ivres; mais après les avoir examinés avec attention, je ne doutai plus que leur état ne fût le résultat de l'ingestion de quelque substance délétère. Cependant l'un des enfans, la petite fille, n'avait rien mangé depuis deux jours, et le jeune garçon avait déjeûné avec ses autres frères qui avaient mangé de ce qu'il avait mangé, et ses frères n'éprouvaient aucune indisposition. Comme il était plus facile d'être fixé sur ce que pouvait avoir pris la petite fille, qui, malade depuis plusieurs jours, n'avait pas laissé son lit, je me fis rendre compte de tout ce qu'on lui avait donné dans la matinée: deux tasses d'infusion pectorale et une des pilules que j'avais ordonnées la veille. En effet, je me rappelai que la dame M...., étant venue me consulter pour cet enfant qui avait la coqueluche, j'avais conseillé la médication suivante:

Prenez: Extrait de belladone..... deux grains.
de réglisse..... un scrupule.
Mêler exactement et diviser en douze pilules; on en donnera trois par jour à sucer à l'enfant.

Je demandai donc aussitôt à voir les pilules, et je ne fus pas peu surpris de trouver *des bols* d'une quinzaine de grains chaque. Bien convaincu que je n'avais pu prescrire des bols pour un enfant de dix-huit mois, je m'empressai d'aller chez *la personne* (1) qui les avait

(1) Cette personne n'est point un pharmacien; c'est une de

délivrées, et je lui réclamai mon ordonnance de la veille. J'en fis la lecture devant elle; il y avait bien: Extrait de belladone deux grains et de réglisse un scrupule, à diviser en douze doses égales. Ainsi, je fis observer que sur ma prescription on n'aurait dû délivrer que des pilules de trois grains au plus, et non des bols de quinze grains : « Ah! monsieur, me répondit-on aussitôt, nous nous sommes trompés! nous avons mis *deux gros* d'extrait de belladone au lieu de deux grains. » Épouvanté de cette erreur, et redoutant les suites déplorables qui pouvaient en être le résultat, je retournai bien vite auprès des enfans, et je me fis remettre les bols. On en avait délivré douze et il n'en restait plus que neuf. La petite fille n'en avait bien certainement pris qu'un; il en manquait donc encore deux. Enfin, en multipliant mes questions, je parvins à apprendre que c'était Alfred qui était allé chercher les bols, et qu'il n'en avait remis que dix. Alors il ne me fut plus permis de douter que, dans le trajet, cet enfant n'eût par gourmandise, avalé les deux autres. Je m'approchai de lui et je cherchai à en obtenir l'aveu, mais je ne pus y parvenir; il balbutiait, il riait... et ses parens riaient aussi... je ne riais pas, moi, et fatigué de cette hilarité inopportune, je ne pus m'empêcher de leur dire : « Vos enfans sont empoisonnés, votre gaîté me fait souffrir. »

Il était cinq heures du soir; la petite fille avait pris le bol le matin à 9 heures, et il était probable que son frère avait avalé les deux autres bols, devant contenir vingt-quatre grains d'extrait, peu de temps auparavant. Jugeant que la belladone, après huit heures, devait avoir produit la plus grande partie de ses effets délétères, et qu'il était trop tard pour chercher à en déterminer l'évacuation du tube digestif, même par des purgatifs, je me bornai à prescrire une potion éthérée, et pour boisson, de l'eau acidulée avec le vinaigre. Pendant qu'on s'occupa d'effectuer ma prescription, je demandai des renseignemens minutieux sur ce qu'avaient éprouvé les jeunes malades depuis l'ingestion de la belladone, et voici ceux que j'obtins : vers les dix heures et demie on s'aperçut que la petite fille *louchait;* elle paraissait accablée, elle fermait ses paupières pendant quelques secondes, puis elle les ouvrait lentement et à demi; elle semblait être dans l'état de quelqu'un qui fait des efforts pour résister au sommeil. Ce n'est que sur le midi qu'Alfred fixa l'attention; on remarqua chez lui beaucoup de loquacité, contre son ordinaire; il avait un air hébété, il *louchait.* Peu après, son parler devint lent, embarrassé, il trembla sur ses jambes; il marchait en trébuchant, il levait constamment l'un de ses pieds comme pour gravir un monticule qu'il croyait apercevoir devant lui, et tombait sans pouvoir se relever. On le mit alors sur son lit; il se coucha, *comme sa sœur, sur le ventre*, la tête relevée, le menton appuyé sur ses mains et comme dans un état de contemplation. Paraissant étranger à tout ce qui se disait et à tout ce qui se passait dans la chambre, il regardait attentivement, tantôt devant lui, tantôt autour de lui, et s'écriait qu'il voyait des rats, des souris, des chats, des casserolles, de grandes bêtes noires, des vers qui montaient sur les murs, sur les meubles, et divers autres objets, mais toujours des objets sombres. Ces hallucinations sombres persistèrent jusque vers les quatre heures. A cette époque son corps, presque froid, surtout aux extrémités, commença à s'échauffer, sa figure s'anima, se colora; ses yeux devinrent vifs, brillans; le parler devint bref et bien articulé; à l'air triste, abattu, avaient succédé l'hilarité, les chants joyeux. C'est dans ce moment que j'arrivai : le jeune malade chantait à gorge déployée, il commandait l'exercice. Quand on lui demandait : qu'as-tu, où as-tu mal? Il répondait avec impatience, et cinq ou six fois de suite : *ça me tiraille, ça me tiraille dans le ventre.* En général, toutes ses réponses étaient fort laconiques, sèches, justes parfois; on avait beaucoup de peine à détourner son attention du spectacle qu'il croyait avoir devant les yeux. *Oh! les beaux diamans! les beaux soleils!* s'écriait-il, *fermez donc ces robinets, toute l'eau s'en va!* Il semblait voir tour à tour du feu, des étincelles, des illuminations, des chandelles qui volaient, des étoiles, des oiseaux à riche plumage, des papillons, des vers luisans, etc., etc.; il s'extasiait, il paraissait content, bien heureux. Les symptômes de l'empoisonnement avaient à peu près suivi le même ordre, la même progression chez la petite fille que chez son frère, c'est-à-dire que d'abord accablée, pâle, sans chaleur, et dans un état voisin de la défaillance, elle avait, comme lui, vers les trois ou quatre heures, ressenti une réaction générale. Une *éruption scarlatineuse* s'était développée presque subitement sur tout son corps, et plus particulièrement sur la figure et sur les cuisses, et avec l'éruption avait paru l'exaltation de toutes les facultés. Aucun des deux enfans, malgré la chaleur intense, sèche, qu'ils paraissaient ressentir, n'exprima le désir de boire. Ayant examiné une seconde fois leur langue, je la trouvai blanchâtre et humide; mais j'appris que pendant ma sortie les parens leur avaient fait avaler quelques cuillerées de lait froid. A six heures on commença à leur donner de la potion et de l'eau sucrée acidulée. Je sortis et je retournai vers les neuf heures. La petite fille n'avait pour ainsi dire rien bu, et cependant je la trouvai mieux que son frère qui avait pris et tisanne et potion. Ils étaient néanmoins encore l'un et l'autre fort agités, mais moins que lorsque je les avais laissés. Alfred avait uriné trois ou quatre fois, il s'était plaint de nouveau de tiraillemens dans le ventre. Ses pieds étaient froids. Je recommandai de lui donner moins souvent de l'eau acidulée, je lui fis appliquer un large et épais cataplasme chaud de farine de lin sur le ventre, et aux jambes d'autres cataplasmes, avec addition de farine de moutarde. Je fis aussi mettre un large cataplasme émollient sur le ventre de

---

ces personnes charitables chez lesquelles la philantropie n'est pas toujours très-éclairée, et auxquelles pourtant la société accorde le double et dangereux privilége de soigner à la fois l'âme et le corps. (F.)

sa sœur. A minuit celle-ci éprouva de la somnolence; les gesticulations n'eurent plus lieu que par momens; l'éruption commença à pâlir, la tête devint moins chaude. Vers les deux heures du matin elle s'endormit et ne se réveilla qu'à cinq heures; elle eut alors une selle liquide, copieuse, de matières verdâtres, infectes. A dater de ce moment, elle nous parut hors de danger, et en effet elle n'éprouva plus que quelques accès de gaîté et d'agitation, mais à de longs intervalles. Tous les symptômes d'empoisonnement se dissipèrent dans la soirée; elle mangea une soupe au lait, passa une bonne nuit et le lendemain, 48 heures après l'ingestion de la belladone, elle était tout à fait bien. Il est à noter que les jours suivans *la coqueluche reparut avec la même intensité.*

L'agitation d'Alfred avait continué pendant toute la nuit; les hallucinations étaient redevenues sombres, il s'était levé plusieurs fois, avec un air effrayé, croyant voir autour de lui de grandes bêtes noires, des chiens, des chats, des rats, etc.; il avait eu quelques mouvemens convulsifs, des grincemens de dents. Lorsque je le vis le matin, entre 7 et 8 heures, il était beaucoup plus calme, le délire et les hallucinations ne revenaient plus guère que de demi-heure en demi-heure et duraient peu; il urinait fréquemment, ne témoignait aucune douleur. Vers les 9 heures il s'endormit; son sommeil fut assez tranquille et dura plus de deux heures. Au réveil, il ne se plaignait plus que de fatigue; l'agitation se renouvela cependant encore plusieurs fois dans la journée, mais seulement pendant quelques minutes chaque fois. Alors la figure s'animait; il y avait chaleur générale momentanée qui était bientôt suivie de pâleur et d'accablement. Sur le soir, le jeune malade demande à manger, on lui donna, comme à sa sœur, une soupe au lait; il eut, peu après, une selle qui ne présenta rien de remarquable; à 9 heures, il se livra de nouveau au sommeil, passa une bonne nuit et le lendemain, 48 heures après l'ingestion de la belladone, comme sa sœur, il se trouvait tout à fait bien. Il avait conservé le souvenir d'une partie des hallucinations qu'il avait eues, et au point que trois jours après l'empoisonnement il cherchait encore une bourse pleine de pièces d'or qu'il croyait avoir vue sous un coffre.

Il m'avoua enfin qu'il avait bien mangé deux *des boulettes* qu'on lui avait envoyé chercher, qu'elles étaient bien bonnes, et *qu'il aurait mangé toutes les autres*, s'il n'eût aperçu sa mère qui venait à sa rencontre (1).

(1) Si, dans un de nos précédens nos, nous avons plaisanté sur la relation par trop fantasmagorique du colonel M., nous n'avons pas méconnu ce qu'il y avait de réel dans son récit; on y trouvera des analogies frappantes avec celui dépourvu de poésie que produit ici notre grave confrère, et le lecteur puisera dans cette intéressante observation des renseignemens curieux sur les effets positifs de la belladone à dose vénéneuse. (F.)

STATISTIQUE MÉDICALE.

—

NOTE SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A BONE PENDANT LE MOIS DE JUIN 1834. Par M. MAILLOT, médecin en chef à l'hôpital militaire de Bône (Afrique).

La clinique du mois de juin a présenté les résultats que l'expérience des années précédentes, que j'ai passées en Corse et à Alger, me faisait entrevoir.

Le 1er juin, nous ne comptions à l'hôpital que 237 malades; nous en avons reçu 935 pendant ce mois, et le 1er juillet il nous en restait 819.

Cette augmentation rapide dans le chiffre des fiévreux a eu lieu cette année trois semaines plus tôt que l'année précédente; mais elle a été évidemment subordonnée aux progrès des chaleurs qui ont devancé également l'époque ordinaire; ici donc s'est offert une fois encore ce que nous avons observé dans des climats analogues; à nos yeux, l'effet a suivi et a dû suivre irrésistiblement sa cause.

Puisque toutes les autres circonstances ont été les mêmes que l'année précédente, ne cherchons pas autre part, ce qui a donné subitement et plus tôt que de coutume, ce grand nombre de maladies; ne cherchons pas autre part, non plus, ce qui a imprimé aux affections du mois de juin les caractères qu'elles n'avaient présentés l'été dernier que pendant le mois de juillet.

Quelles ont été les maladies dominantes pendant le mois de juin, et quel est le mode de traitement que nous avons suivi?

Sur 320 hommes reçus dans mon service du 1er au 30 juin, je trouve 162 fièvres intermittentes, dont 89 quotidiennes, 71 tierces et 2 quartes.

Comme point de transition entre les fièvres intermittentes de ces types principaux et les affections continues, je compte plusieurs doubles-tierces ou quotidiennes et 8 rémittentes bien distinctes.

Enfin, en première ligne, parmi les affections continues, se présentent 46 gastro-céphalites suraiguës, 20 irritations gastro-céphaliques fébriles, 7 irritations gastro-intestinales fébriles, 6 gastro-entérites aiguës, 3 gastro-colites aiguës, 17 colites, dont 10 sous forme dysentérique.

J'omets à dessein de parler des autres maladies, parce qu'elles me sont inutiles pour donner une idée générale de l'épidémie actuelle.

Les fièvres intermittentes sont donc de beaucoup celles qui se présentent le plus souvent; c'est ce que nous avions déjà remarqué dans les mois précédens; mais quelle différence dans les symptômes, dans la gravité des accidens, dans l'imminence du danger! En effet, si je compare la clinique du mois de juin à celle du mois de février (1), je trouve que sur 162 fiè-

(1) Je ne suis à Bône que depuis le 7 février 1834; je ne

vres quotidiennes, tierces et quartes, il n'y en a que 18 simples, tandis qu'en février, sur 50 fièvres intermittentes, il y avait 26 cas simples, c'est-à-dire sans lésion appréciable d'aucun organe, quelques heures après les accès.

Si, poussant mon examen plus loin, je joins au mois de février, les mois de mars et avril, je compte alors, pendant ce laps de temps, 134 fièvres intermittentes, dont 56 ont été simples. Mais comme si le mois de mai devait nous préparer à des maladies plus graves, il n'offre plus que 5 cas de fièvre intermittente simple sur 64. C'est ainsi que par des gradations ménagées, nous nous élevons des affections simples des mois précédens à celles si graves du mois de juin.

Que si nous voulons connaître quels sont les organes dont la lésion s'est le plus souvent montrée dans les fièvres intermittentes, nous trouvons que dans les mois de février, mars et avril, sur 134 cas, les voies digestives ont été malades 47 fois, soit seules, soit avec les poumons ou l'encéphale, tandis que les poumons l'ont été isolément 10 fois, la rate 3 fois, le péritoine une fois. Pendant ces trois mois il y a donc eu 56 fièvres simples, beaucoup plus du tiers.

Dans le mois de mai, au contraire, sur 64 fièvres intermittentes, nous n'avons plus que 5 cas simples, et je trouve que les voies digestives ont été affectées 38 fois, savoir : isolément 9 fois, de concert avec l'encéphale, 25 fois, avec les poumons 3 fois, avec les poumons et l'encéphale (gastro-broncho céphalite) une fois.

Appliquant cette même étude aux affections du mois de juin, nous voyons que, sur 162 fièvres intermittentes, il y a 18 cas simples, et que les voies digestives ont été malades 99 fois, savoir : 29 fois seules, 67 fois avec l'encéphale, 3 fois avec les poumons ; nous trouvons que l'encéphale a été malade isolément 40 fois, les poumons une fois, la rate 4 fois.

Maintenant que nous savons dans quelles proportions les principaux organes ont été lésés, dans les fièvres intermittentes, depuis le mois de février jusqu'au 1er juillet, si nous voulons connaître le degré de gravité de leur affection, je vois que, dans les mois de février, mars et avril, je désignais généralement les lésions de l'encéphale et des voies digestives qui accompagnaient les fièvres intermittentes d'alors, sous les noms d'irritations gastro-intestinales, gastro-céphaliques, tandis que maintenant elles méritent la dénomination de gastro-entérites, de gastro-céphalites.

C'est ce passage d'un degré léger d'irritation à un degré beaucoup plus élevé qui constitue le danger des affections du mois de juin ; c'est la congestion irritative, brusque, violente des principaux viscères qui fait passer ces fièvres de l'état de simplicité à un état toujours grave, souvent mortel ; ce sont ces redoutables phénomènes qui, portés au *summum*, leur valent le titre de *fièvres pernicieuses*.

Nous avons donc eu ici, pendant le mois de juin, un grand nombre de ces fièvres intermittentes et rémittentes devenues pernicieuses : elles eussent été beaucoup plus fréquentes encore, si nous ne nous fussions hâtés, dès les premiers jours, d'arrêter les accès ; car nous avons remarqué que ces fièvres devenaient d'autant plus graves, et laissaient d'autant moins de chances de salut qu'elles duraient, depuis plus long-temps, et que l'on avait laissé se succéder un plus grand nombre d'accès ; nous n'avons perdu, à bien dire, que les hommes qui se trouvaient dans ce dernier cas, plusieurs avaient eu, avant leur entrée à l'hôpital, un accès comateux délirant. Presque tous ceux qui ont succombé pendant le mois de juin, sont morts dans les 4 ou 5 jours au plus qui ont suivi leur admission à l'hôpital. Ce fait seul suffirait pour indiquer la nature de la maladie.

Lorsque les accès sont aussi tranchés que dans les cas dont nous parlons, lorsqu'ils se présentent nettement sous les types quotidiens, tierces, quartes, le diagnostic est facile et le traitement plus facile encore, il est enseigné par tous les auteurs, et il n'y a sur les indications aucune divergence d'opinions ; mais il n'en est pas de même pour les gastro-céphalites rémittentes, pour celles surtout qui se présentent dans ce mois avec tous les phénomènes des gastro-céphalites ou des gastro-entérites continues, au moment où les hommes entrent à l'hôpital, et comme ce point est fondamental, comme c'est là le nœud gordien de la question, je crois devoir en parler longuement, et, pour bien faire comprendre mon idée, extraire de mes notes de clinique les réflexions générales que j'ai l'habitude d'y consigner mois par mois, réflexions fondées sur mes observations journalières. On verra par là comment je suis arrivé d'une part à des opinions que l'on trouvera peut-être paradoxales, sur la nature des maladies de ce pays, et de l'autre, au mode de traitement que j'ai adopté.

En suivant cet ordre de travail par mois, je vois que, en février, sur 57 entrans, j'ai eu 50 fièvres intermittentes, dont 26 étaient simples. Aussi je disais dans mes notes : « La constitution médicale du mois de février est donc bien tranchée ; aucune époque ne peut avoir une physionomie plus caractéristique, plus spéciale... Nous ne verrons probablement plus cette proportion : à mesure que les chaleurs feront des progrès, nous rencontrerons des fièvres rémittentes, tantôt bien évidentes, tantôt masquées sous la forme de gastro-céphalites continues.

« En général, ces fièvres étaient très-peu graves ; elles cédaient facilement aux saignées, tantôt locales, tantôt générales, suivant l'intensité de la réaction, et à l'administration du sulfate de quinine, presque toujours précédé de déplétions sanguines. Aussi ne voyons-nous pas de rémittentes coïncider avec ces fièvres intermittentes bénignes ; aussi aucune d'elles ne s'accompagne d'empâtement de l'abdomen, ni de diarrhée, ni d'œdème, ni d'infiltration des membres abdomi-

---

puis juger que par analogie et par quelques renseignemens verbaux de la terrible épidémie de 1833.

naux; leur convalescence est franche ainsi que leur nature..

« Nous avons eu pourtant, pendant le mois de février, 4 cas de fièvre quotidienne avec délire, dont un s'est terminé par la mort; mais on sait que ces *fièvres pernicieuses*, que l'on pourrait appeler *erratiques*, se rencontrent pendant l'hiver dans les pays où elles sont endémiques dans les saisons favorables à leur développement; on sait aussi qu'elles s'observent ordinairement alors chez les hommes porteurs d'affections chroniques, et c'est ce qui est arrivé chez le sujet qui a succombé, c'était un vétéran. »

Passant au mois de mars, je trouve 36 cas de fièvres intermittentes sur 56 hommes admis dans mes salles; il n'y a déjà plus que 15 cas de fièvre simple. « Et (disais-je dans mes notes) plus nous approcherons de l'époque des chaleurs et moins nous en rencontrerons. Je ne dois pas passer sous silence qu'une seule de ces fièvres intermittentes, à type franc, s'est présentée avec cet ensemble de phénomènes qui constitue les fièvres pernicieuses; c'est une fièvre quotidienne avec pleuro-pneumonie; dans le mois de février, au contraire, nous en avons eu 4 exemples, et j'ai cherché à en donner l'explication.

Nous avons observé aussi deux rémittentes pendant le mois de mars; le mois de février n'en avait offert aucune; cette remarque est à noter ainsi que nous allons le voir en parlant de la clinique des mois suivans :

Le mois d'avril commence à appeler l'attention par le nombre et la nature des affections. Ainsi, sur 101 hommes, je trouve 48 fièvres intermittentes, dont 15 simples; l'affection qui a le plus généralement accompagné leurs accès est celle des voies digestives et de l'encéphale, tandis que pendant le mois de mars, nous avions remarqué le plus souvent celle des bronches : aux variations de température de mars avait succédé une température plus uniformément chaude.

Sous l'influence de cette élévation de température aussi se développe en avril un assez grand nombre de fièvres rémittentes; et ceci est d'une haute importance selon moi. « Ces rémittentes forment, à mon sens, le passage des congestions irritatives qui accompagnent les accès aux gastro-entérites, aux gastro-céphalites de ce mois, et surtout des mois suivans. Pour bien saisir ces nuances, il ne faut pas perdre de vue que ces affections rémittentes ont presque constamment débuté par un ou deux accès bien marqués, bien distincts, et que ce n'est qu'au deuxième ou au troisième accès que la réaction circulatoire ne tombant plus, il n'y a plus d'intermittence; le paroxisme cependant se reconnaît encore, bien que la plupart du temps il n'y ait pas de frisson, parce que, à une certaine époque de la journée, les symptômes inflammatoires sont trop violens pour qu'il y ait seulement exacerbation, parce qu'ils sont trop opposés à l'espèce de calme que, quelques heures avant leur apparition, on observait chez les malades; ce n'est déjà plus qu'à cette alternative brusque et journalière d'une apparence de solution, puis d'une exaspération subite de la maladie, que l'on reconnaît que ce n'est pas une fièvre continue que l'on a sous les yeux.....

« Ces distinctions sont néanmoins généralement encore appréciables; mais nous verrons dans les mois suivans ces fièvres rémittentes disparaître à leur tour, et se cacher entièrement sous le masque d'affections continues. Elles seront remplacées par des fièvres continues, de même qu'elles avaient, elles, remplacé des fièvres intermittentes; leur nombre diminuera en proportion des affections continues, de même qu'il avait augmenté en proportion de la diminution des fièvres intermittentes. C'est là, je le répète, le point capital des fièvres de ce pays; c'est de l'idée qu'on se formera de ces intermittentes, de ces rémittentes et de ces fièvres continues, se succédant tour à tour, se remplaçant, se chassant, puis reparaissant, tournant pour ainsi dire dans le cercle annuel; c'est de la filiation que l'on verra ou non entre ces maladies, si diverses en apparence, si identiques pour le fond, que dépendra le choix d'un traitement vrai ou faux.

Et ce que je dis est d'accord avec ce qu'ont écrit sur ce sujet les meilleurs observateurs. Tous ont vu, dans les épidémies de fièvres pernicieuses, les fièvres les plus simples devenir graves lorsqu'elles n'étaient pas arrêtées dès les premiers accès, tuer alors les malades en quelques jours, ou passer à une *pseudo continuité* que l'on désigne sous les noms de fièvres *ataxiques*, *adynamiques*, *malignes*, *typhoïdes*, c'est-à-dire, se convertir en gastro-céphalites presque toujours mortelles.

Aussi, si ce qui précède est fondé, nous ne devons pas être étonnés de voir un grand nombre de gastro-céphalites en apparence continues pendant les mois de mai et juin; cette transmutation était inévitable; ce sont les accès qui en se prolongeant, en se confondant, donnent naissance à ces *gastro-céphalites* qui sont, suivant l'intensité de la réaction, ou *rémittentes* ou *continues*. Maintenez cette réaction, et vous ramènerez ces fièvres *continues* à la *rémittence*, et ces *rémittentes* à leur premier état de simplicité, *à l'intermittence*.

Ces points de doctrine paraîtront hasardés aujourd'hui, et demandent à être discutés; je le sais, mais ce n'est pas le travail de quelques heures. Je les crois vrais, et d'une démonstration possible; je me propose d'entreprendre cette tâche, lorsque mes occupations me permettront de mettre en ordre les faits sur lesquels ils s'appuient. Mais comme c'est sur ces principes que repose le traitement que j'ai suivi, j'ai dû avant que de parler de ce dernier, exposer ces généralités en quelques mots.

Traitement.

Persuadé que dans l'immense majorité des cas il y a des phénomènes qui se rapprochent plus ou moins de l'intermittence, j'ai dû employer les moyens que l'on sait généralement indiqués dans les maladies périodiques, en proportionnant toutefois leur activité à l'intensité du mal et à sa marche horriblement rapide.

Les déplétions sanguines et le sulfate de quinine, tels ont été nos deux grands agens : viennent en seconde ligne les révulsifs dans les fièvres pernicieuses *comateuses* et *algides*.

En général, j'ai usé largement de la saignée : pour peu que les congestions viscérales fussent intenses, j'ai pratiqué une ou plusieurs saignées de 15 à 20 onces chacune, et de larges applications de sangsues au thorax, à la tête, à l'abdomen, suivant le siége de l'irritation. Ces saignées suivaient presque immédiatement l'entrée du malade à l'hôpital, et précédaient, sauf quelques cas, l'administration du sulfate de quinine.

Toutes les fois que j'ai pu saisir les moindres indices de rémittence, je n'ai pas craint de recourir au sulfate de quinine, que j'ai l'habitude de donner *dans ce pays*, à la dose de 8 décigrammes en potion, quelques heures avant l'accès, dans les cas ordinaires.

Jusqu'à présent (6 juillet) je n'ai élevé cette dose que dans les *fièvres pernicieuses*, où l'imminence du danger fait un devoir de le prescrire à des quantités que l'on ne peut déterminer. L'habitude apprend à manier cette arme, si nulle dans certaines mains, si puissante dans d'autres : ce n'est que par l'expérience qu'on arrivera à l'administrer à des doses vraiment effrayantes pour qui n'a pas vu.

Pour rassurer les esprits craintifs ou prévenus, je me contenterai de dire que dès 1822, à Rome, il avait été reconnu qu'il fallait donner le sulfate de quinine à la dose de 40 grains au moins dans l'intervalle des accès des *fièvres pernicieuses :* souvent je vais beaucoup au-delà, mais pourquoi non, puisque j'ai toujours eu à m'en féliciter.

C'est donc à prévenir le retour des accès ou des paroxysmes, et à détruire les congestions viscérales qu'ils auraient déjà pu déterminer, ou à prévenir celles qu'ils développeraient inévitablement, que doit tendre le traitement des fièvres de ce pays.

En effet, si vous ne prévenez le retour des accès, la congestion irritative dont chacun d'eux s'accompagne, s'ajoutant à celle des accès précédens, vous aurez bientôt des inflammations, puis des désorganisations de tissu. J'ai dit comment, selon moi, leur répétition donne des fièvres pernicieuses à cette époque, comment leur enchaînement donne naissance à des fièvres rémittentes ou pseudo-continues. C'est leur répétition également, on ne saurait trop le redire, qui, à la longue, est la source des engorgemens chroniques des viscères abdominaux, de ces diarrhées, de ces œdèmes, de ces colites, de ces hydropisies, que l'on trouve si fréquemment la suite des épidémies de fièvres intermittentes.

Ces réflexions sur le traitement concernent également les fièvres rémittentes ; je dirai plus même, l'immense majorité des nombreuses gastro-céphalites que nous avons eu à traiter pendant les mois de mai ou juin, dénomination que je leur ai donnée d'abord, parce qu'elles en ont toute l'apparence lorsque les malades entrent à l'hôpital, et que je leur conserve pour bien appeler l'attention sur ce point fondamental de la doctrine des fièvres intermittentes.

Mais peut-on voir des affections vraiment continues dans ces gastro-céphalites, à symptômes si violens, et qui cependant cédaient en quelques heures à des déplétions sanguines. Des accidens qui, dans le nord de la France, auraient annoncé des gastro-céphalites redoutables, devenaient tout à coup nuls. Une convalescence excessivement prompte et franche en apparence s'établissait ; mais au bout de quelques jours, un accès de fièvre révélait la nature intime de la maladie. Ces accès, qui avaient toujours été simples pendant les mois de mars, avril, mai, ne l'étaient plus au mois de juin ; dès la première quinzaine de ce mois, plusieurs d'entre eux avaient été pernicieux, et étaient venus confirmer la justesse des observations que je trouve dans mes notes de clinique, où, en parlant de ces gastro-céphalites, je disais, au mois d'avril : « ... Elles avortaient ordinairement dans les premières heures qui suivaient une déplétion sanguine.

« Je commençais à donner quelques alimens légers, mais presque constamment un accès de fièvre venait enrayer au bout de quelques jours la convalescence qui paraissait devoir se faire franchement. Cet accès était suivi habituellement de plusieurs autres ; une véritable fièvre intermittente, tantôt quotidienne, tantôt tierce, s'était établie. Ces accès n'ont eu aucune suite fâcheuse, mais en aurait-il été de même pendant les grandes chaleurs de l'été ? Plusieurs de ces accès aux mois de juillet et août n'eussent-ils pas été pernicieux, mortels ? Je n'en doute pas. » Au mois de mai, je disais : « Mais ici encore se représente le caractère que nous leur avons assigné, leur tendance à se convertir, sous l'influence de déplétions sanguines, en fièvres rémittentes distinctes, et plus souvent encore à donner naissance, après plusieurs jours d'apyrexie, à des accès plus ou moins simples, qui manquaient rarement de se répéter, si on ne prévenait leur retour par le sulfate de quinine, retour que l'élévation de la température, la fréquence et l'intensité des congestions viscérales, rendront toujours de plus en plus dangereux à mesure que nous nous rapprocherons du mois d'août, et que la prudence ordonne de prévenir. »

Résumant notre opinion sur l'épidémie actuelle de Bône, nous disons que les fièvres intermittentes sont de beaucoup les maladies dominantes ; que parmi elles beaucoup sont très-graves et deviennent pernicieuses lorsqu'elles ne le sont pas de prime-abord. Nous croyons que les gastro-céphalites aiguës de cette époque sont, pour l'immense majorité, des fièvres intermittentes et rémittentes passées à l'état continu, mais conservant toujours au fond leur cachet spécial, quelques uns des caractères propres aux maladies intermittentes, et en exigeant en partie le traitement. Nous ajoutons que, si elles ne passent pas à l'état typhoïde, ce résultat est dû à ce que nous enrayons les accès ou les paroxismes dès le début, de même qu'en France on voit aujourd'hui peu de fièvres adynamiques depuis les découvertes de la doctrine physiologique. Nous pensons que nous éviterons cette redoutable dégénérescence pendant tout le cours de l'épidémie, si les malades peuvent être admis

à temps dans les hôpitaux ; si, comme tout nous le fait espérer, nous parvenons à nous soustraire à l'encombrement (1).

N° DU 20.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE PAR L'IRRITATION DES MAMELLES ; par J.-B. MONDIÈRE, médecin à Loudun.

Docet doctrina sympathiæ non semper ad partem affectam remedia esse dirigenda, a dit Réga, et cette vérité importante a été sentie par les médecins anciens et modernes, qui ont posé pour précepte que toutes les fois qu'on ne peut agir ou qu'on a agi en vain sur l'organe idiopathiquement affecté, on doit porter le moyen curatif sur l'organe avec lequel le premier sympathise. De là, l'indispensable nécessité, pour le médecin-praticien d'une étude approfondie, des sympathies physiologiques et morbides de nos divers organes entre eux.

Parmi ces sympathies, il en est peu qui soient aussi généralement connues que celles qui existent entre l'utérus et les mamelles, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, et le thérapeutiste a souvent tiré parti de cette corrélation étroite. Ainsi, depuis Hippocrate qui, le premier, mit ce moyen en usage, on a souvent employé avec succès dans les métrorrhagies, les ventouses sèches autour des mamelles, et de nombreux succès ont couronné cette manière d'agir, ou d'autres analogues, et tout récemment le docteur Rigby a publié des observations d'hémorrhagies utérines arrêtées par l'application de l'enfant à la mamelle.

Mais ce n'est pas seulement dans l'état de maladie que l'utérus reçoit ainsi l'influence sympathique de l'irritation des mamelles : cette influence se fait sentir aussi dans l'état physiologique, et on n'a peut-être pas encore su, dans la pratique, tirer tout le parti possible de cette sympathie dans certains états pathologiques de la matrice, et, en particulier, dans quelques cas d'aménorrhées qui semblent entièrement dues à un défaut de ton ou d'énergie de l'utérus.

C'est ce qui résultait pour nous de deux faits qui s'étaient offerts à notre observation, et dans l'un desquels une irritation artificiellement développée à l'une des mamelles, a suffi pour faire cesser une aménorrhée depuis long-temps rebelle à divers moyens. Bien que déjà ces deux observations eussent pu nous faire pressentir tous les avantages qu'on pourrait retirer de ce moyen, dans des cas analogues, nous n'osions cependant encore en tirer aucune conséquence, attendant pour cela de nouveaux faits qui ne tardèrent pas à se présenter.

C'est au mois de mars 1831 que, pour la première fois, nous crûmes avoir reconnu quelque rapport de dépendance entre la réapparition des règles et une irritation artificielle des mamelles. Depuis cette époque, nous avons compulsé un grand nombre d'écrits sur l'aménorrhée, espérant rencontrer des faits qui jetteraient quelque lumière sur ce point important ; mais nos recherches ont été vaines, et nulle part, à notre connaissance du moins, il n'est fait mention de ce moyen thérapeutique. Ce n'est qu'en 1833 que des faits publiés en Angleterre, par le docteur Charles London, et par le docteur Patterson, vinrent prêter un puissant appui à ceux que nous avions observés, et confirmer pour nous le résultat que nous avions entrevu, résultat que rendront plus positifs encore, nous l'espérons, des faits ultérieurs, et les observations recueillies sur ce sujet nous semblent déjà assez nombreuses pour ne plus permettre de douter des succès que l'on pourra obtenir de l'irritation des mamelles dans certains cas d'aménorrhée ; nous disons dans certains cas, car il ne peut entrer dans l'esprit de personne d'appliquer, indistinctement à tous les cas d'absence de règles, ce moyen qui doit être exclusivement réservé pour quelques circonstances qu'il est facile d'établir *à priori*.

Voici dans quelle circonstance nous observâmes pour la première fois les effets d'une irritation artificielle des mamelles sur l'utérus.

M. S..., clerc de notaire et un de nos amis, nous amena, pendant notre exercice de la médecine à Paris, une jeune personne avec laquelle il entretenait des relations. Cette demoiselle, âgée de 21 ans, d'une constitution faible, blonde, non réglée depuis près de deux ans, portait à la mamelle droite un engorgement glanduleux de la grosseur d'une noix, dur, lisse, sensible au toucher, et dont elle attribuait le développement à un coup qu'elle avait reçu trois années auparavant. Questionnée sur l'état de ses règles, elle m'apprit qu'elles n'avaient pas paru depuis plus de dix-huit mois ; que, pendant six, un médecin lui avait fait, à plusieurs reprises, appliquer des sangsues à la vulve et administré un grand nombre de remèdes, sans que la menstruation eût reparu, et que, rebutée par ce manque de succès, elle avait renoncé à tout traitement.

Consulté seulement pour l'engorgement de la mamelle, et ne pouvant voir aucun rapport entre son développement et la suppression des règles, je conseillai, entre autres moyens, l'application fréquente de sangsues en petit nombre sur la mamelle. La malade n'ayant pas voulu y consentir, je me bornai à l'emploi des frictions avec l'iode, des cataplasmes émolliens quand la douleur était vive, des bains et un régime approprié. Ce traitement, quoique employé avec persévérance pendant deux mois, n'ayant apporté aucune amélioration sensible, je fis recourir à un moyen qui compte des succès, quoique généralement peu connu, et qui consiste dans la succion souvent répétée du mamelon.

(1) Le travail de M. Maillot laisse à désirer des observations détaillées et des résultats cadavériques pour éclaircir ce qu'il y a d'insolite dans ces gastro-entérites d'abord intermittentes puis continues, et qui, dans ce dernier cas comme dans le premier, cèdent au quinquina ; peut-être sont-ce des anomalies propres au littoral d'Afrique. Ce travail sera néanmoins un document utile aux praticiens appelés à exercer dans ces contrées.

(F.)

M. S... se chargea de cette fonction, et s'en acquitta si bien que la mamelle se gonfla bientôt, devint douloureuse, le mamelon rouge, dans un état presque continuel d'éréthisme et d'une sensibilité extrême. Je fus obligé de faire cesser la succion qui, reprise au bout de quelque temps, fut suivie des mêmes effets. La malade revint alors me trouver, et m'apprit en même temps que ses règles avaient reparu la nuit précédente et coulaient encore assez abondamment : alors aussi, le sein était dur, douloureux et engorgé, le mamelon irrité, et tout l'organe d'une sensibilité telle, que le moindre contact devenait la source de vives souffrances. Quelques cataplasmes anodins calmèrent ces douleurs ; mais l'utérus avait ressenti de cette irritation un degré de surexcitation suffisant pour rappeler les règles qui depuis n'ont pas cessé de paraître aux époques ordinaires et d'être aussi abondantes que par le passé, ainsi que j'en ai encore reçu l'assurance, lors de mon départ de Paris, au mois de juillet 1832.

Je dois ajouter que dans ce cas l'engorgement squirrheux de la mamelle n'a reçu aucune influence de la succion répétée du mamelon, moyen qui a réussi plusieurs fois a M. Latourette, médecin à Loudun, et notre premier maître en l'art de guérir.

Dans le second cas dont j'ai voulu parler, il n'y avait point, à la vérité, aménorrhée : cependant l'irritation des mamelles n'en a pas moins eu un résultat analogue. En cherchant à combattre, par des applications fréquentes de sangsues en petit nombre, une tumeur que portait mon épouse dans l'épaisseur de la mamelle gauche, j'ai pu me convaincre bien des fois dans l'espace de deux années, que pendant l'application de ces annélides, employés avec toute la constance et la persévérance que devaient me donner, d'une part, les succès obtenus par M. Lisfranc, et dont j'avais été témoin, en suivant la clinique de ce chirurgien distingué, et d'autre part, le désir vif d'éviter à ma malade une opération douloureuse, j'ai pu me convaincre, dis-je, que la menstruation, toujours régulière en revenant auparavant chaque mois, apparaissait toutes les trois semaines au plus tard, et était plus abondante. J'ajouterai que cette tumeur, qui offrait d'abord tous les caractères d'une glande squirrheuse et que plus tard on reconnut pour un kiste fibro-séreux, a été enlevée avec succès par M. Lisfranc (1), au mois de mai 1834, et que la menstruation reprit la marche qu'elle avait avant l'application des sangsues en petit nombre, presque aussitôt que j'en eus cessé l'emploi.

Il me semble qu'on est forcé de reconnaître ici toute la dépendance qui a existé entre l'application des sangsues en petit nombre sur la mamelle et le retour plus fréquent des menstrues.

Telles étaient les deux seules observations que nous possédions, lorsque nous reçûmes le n° de novembre 1833, du *The Dublin Journal of medical and chimical sciences* (t. IV, n° 11), dans lequel le docteur Charles Patterson a inséré (page 193) une *note* sur les effets de l'irritation des mamelles dans l'aménorrhée. Presque en même temps un de nos confrères nous prêta le n° 46 de la *Gazette médicale* (t. I, 1833), où nous trouvâmes un court extrait d'un article inséré par M. Desportes, dans le *Journal hebdomadaire* (mars 1833), et dans lequel ce médecin commente une brochure du docteur Charles London, qui a été amené à employer les sangsues aux mamelles pour déterminer l'éruption des règles, par la considération des rapports sympathiques qui existent entre ces organes et l'utérus.

Les succès obtenus par le docteur London étant connus des lecteurs de ce journal, nous croyons inutile de reproduire ici les faits sur lesquels ils sont fondés, et nous nous bornerons à faire connaître ceux du docteur Patterson (1). Comme à nous, c'est le hasard qui fit découvrir à ce médecin les effets de l'irritation mammaire sur les fonctions engourdies de l'utérus, et les bons résultats qu'on en pourrait retirer dans certains cas d'aménorrhée.

Voici les faits du docteur Patterson.

1re Obs. Marie Chardon, âgée de 24 ans ; d'un embonpoint médiocre, fut admise à l'hôpital, le 10 août 1832. Elle avait une légère fièvre inflammatoire qui céda en peu de jours à la saignée et aux purgatifs. Le 19 août, il survint quelques symptômes ayant le caractère hystérique, et accompagnés de douleurs dans la partie supérieure et externe de la poitrine. On prescrivit, contre cette dernière affection, un petit sinapisme qui, par l'inadvertance de l'infirmière, fut fait trop grand, de manière à ce qu'il recouvrait une grande étendue de la mamelle. Ce sinapisme fut laissé une demi-heure en place. Le 20, à la visite du matin, Chardon se plaignait que le côté droit de la poitrine était le siége d'une douleur excessive et d'un caractère différent de celle qu'elle éprouvait auparavant. Tout ce côté de la poitrine était en effet considérablement tuméfié et la peau légèrement injectée ; et quoique la mamelle elle-même eut acquis un volume quatre ou cinq fois plus considérable, il n'y avait cependant aucun engorgement circonscrit, ni aucune tendance à une inflammation suppurative. Le lendemain, la mamelle droite et les parties environnantes étaient encore plus tuméfiées ; la mamelle et le côté gauche de la poitrine n'offraient rien de particulier, et l'infirmière annonça que le matin même les règles avaient paru et coulaient encore avec abondance. Cet écoulement qui, au dire de la malade, était complètement supprimé depuis deux ans et demi, eut lieu pendant deux jours : alors il commença à di-

(1) Je saisis avec empressement l'occasion qui m'est offerte de témoigner publiquement ici toute ma reconnaissance à M. Lisfranc, pour les soins désintéressés qu'il a prodigués à ma chère malade, dans cette malheureuse circonstance.

(1) Les lecteurs de ce journal connaissent également le travail du docteur Patterson. Nous reproduisons cependant l'analyse plus étendue de M. Mondière.

(*Note du Rédacteur*).

minuer et la tuméfaction de la mamelle disparut peu à peu.

2e Obs. Catherine Power, âgée de 19 ans, consulta M. Patterson, le 14 septembre 1832, elle se plaignait de céphalalgie, de langueur, d'inappétence, et de ne pouvoir se livrer à ses occupations domestiques. Elle déclara que, vers le milieu du mois d'avril, étant à l'époque de ses règles, elle s'exposa imprudemment au froid. Ses règles se supprimèrent tout à coup pour ne plus revenir, et depuis cette époque elle jouit d'une mauvaise santé. Un grand nombre de médecins furent consultés : ils prescrivirent beaucoup de remèdes, mais sans avantage.

Le docteur Patterson ordonna que la moitié claviculaire de la mamelle fût recouverte avec un sinapisme. Celui-ci resta en place pendant une demi-heure. Six ou sept heures après, on trouva que tout le côté droit de la poitrine était considérablement tuméfié, chaud et douloureux. Le lendemain, le gonflement de la mamelle avait encore beaucoup augmenté, s'étendant à la région claviculaire et axillaire de ce côté. Il n'y avait point de tumeur circonscrite, mais seulement un gonflement diffus et douloureux de la glande mammaire et du tissu cellulaire environnant. Le lendemain soir du jour où le sinapisme avait été appliqué, la malade annonça avec grande joie que les règles avaient paru. L'écoulement ayant eu lieu pendant deux ou trois jours, en quantité médiocre, Power se trouva soulagée, le mal de tête et les autres symptômes ayant diminué; et au bout d'une semaine, sa santé était telle qu'elle n'eut plus besoin des secours de la médecine.

Dans ces deux cas, des lotions tièdes et quelques laxatifs furent employés pour modérer l'inflammation locale. Les deux malades continuèrent depuis à être parfaitement et régulièrement menstruées.

Les faits que nous venons de traduire s'accordaient trop bien avec ceux qu'avait rapportés le docteur London, et ceux que nous avions observés nous-même, pour que nous ne profitassions pas de la première occasion qui nous serait offerte, de répéter cette expérience. Elle s'est enfin présentée telle que nous la désirions, et le succès a été complet.

Magdelaine Richard, âgée de 21 ans, d'une assez faible constitution, demeurant à Bournau, bourg situé à 2 lieues de Loudun, commença à être réglée à l'âge de 19 ans. La menstruation qui s'établit avec peine, fut peu régulière pendant la première année, et chaque époque était accompagnée de maux de tête, de coliques, de lassitudes et de douleurs lombaires qui souvent obligeaient cette jeune fille à garder le lit pendant deux ou trois jours. Une tasse de vin rouge chaud et sucré, suffisait presque toujours pour faciliter l'écoulement des règles et faire cesser tous les accidens. Cependant, depuis plusieurs mois, les menstrues apparaissaient plus régulièrement et plus facilement, lorsqu'une vive frayeur les supprima tout à coup. Dès lors, elles ne reparurent plus, et la santé de la fille Richard se détériorait de plus en plus, lorsqu'elle vint me consulter avec sa mère, au mois de juin 1834.

Après avoir recueilli les renseignemens qui précèdent, j'appris, en questionnant la malade, que, depuis cinq mois que ses règles étaient supprimées, elle éprouvait presque constamment de la céphalalgie, des lassitudes, de l'inappétence, et que tous les mois, à l'époque où revenaient ordinairement les menstrues, elle avait de la chaleur dans le bas-ventre, des douleurs de reins, des coliques hypogastriques, et un écoulement muqueux par le vagin. Le teint était d'un pâle jaune, le pouls petit, la langue blanchâtre, les conjonctives et les lèvres peu colorées, et au moindre mouvement survenaient des palpitations.

Je pensai que le cas qui se présentait, était favorable pour éprouver la méthode du docteur Patterson, et je prescrivis une tisanne insignifiante, jusqu'au moment où la malade commencerait à éprouver les symptômes qui revenaient à l'époque de chaque menstruation. D'après ma vive recommandation, elle revint me trouver quinze jours après, éprouvant seulement alors de la chaleur dans les reins. Je prescrivis, pour le soir, l'application d'un sinapisme sur le côté externe de chaque mamelle : la durée de l'application devait être de 15 à 20 minutes au plus. Mon but, en prescrivant ainsi en même temps l'application de deux sinapismes, était d'obtenir, au moyen de deux points d'irritation, le même effet qu'en déterminant dans un seul une irritation plus forte. Ce but fut atteint, car, dès le lendemain, les règles parurent, mais ne durèrent qu'un jour. Les sinapismes avaient produit, dans toute leur étendue, une rougeur érythémateuse assez forte et un gonflement peu considérable, mais fort douloureux, qui se dissipèrent dans 48 heures. Au mois de juillet, je fis réitérer à l'époque voulue, l'application des sinapismes, et bien que leur effet ne fut pas plus marqué que la première fois, les règles revinrent plus abondantes et coulèrent pendant trois jours. En août et septembre elles ont reparu, sans qu'il ait été besoin de recourir de nouveau aux sinapismes. Tout me porte à croire que la fille Richard, que j'ai vue il y a peu de temps encore, est complètement guérie.

Comme nous l'avons déjà dit, le moyen thérapeutique dont nous parlons, ne peut indistinctement être employé dans tous les cas d'aménorrhée. Si donc, à l'aide des faits déjà connus et à l'aide de la théorie, nous cherchons à spécifier ces cas, nous serons conduits, jusqu'à ce que l'expérience se soit prononcée davantage, à ne proposer l'irritation artificielle des mamelles que dans les circonstances où la cause principale de l'aménorrhée réside dans la constitution propre des organes génitaux eux-mêmes. Ainsi, on devra y avoir recours toutes les fois que l'aménorrhée, qu'elle soit du reste par rétention ou par suppression, tiendra à un défaut d'activité vitale de l'utérus. La pratique et l'observation apprennent facilement à distinguer des autres ces cas qui sont loin d'être rares, surtout dans les grandes villes où l'on rencontre tant de jeunes filles et de femmes douées du tempérament lymphatique, que l'on regarde avec raison comme une des causes les plus fréquentes et les plus actives de l'aménorrhée.

Une autre question se présente : auquel des trois

moyens, dont nous avons parlé (sangsues, succion, sinapismes), convient-il de donner la préférence pour produire une irritation des mamelles, capable de réagir sur l'utérus et de réveiller ses fonctions engourdies? Les sangsues? Nous n'avons point de détails suffisans sur les faits publiés par le docteur Loudon, dont le mémoire ne nous est connu que par le court extrait consigné dans la *Gazette médicale*, pour pouvoir nous prononcer, d'après l'expérience, sur ce moyen; mais en considérant d'une part que l'application répétée des sangsues en petit nombre, a été nulle ou presque nulle sur la grande majorité des femmes soumises à ce traitement pour des engorgemens des mamelles (et nous venons de relire à ce sujet plus de 60 observations), soit d'ailleurs que la menstruation fut ou non régulière, et d'autre part combien il est désagréable pour des femmes et surtout pour de jeunes filles, de se soumettre à ces applications répétées de sangsues, dont les traces de piqûres ne s'effacent jamais, on sera conduit à rejeter ce moyen pour donner la préférence à un autre.

La succion? Mais évidemment on ne pourra recourir à ce moyen que dans quelques circonstances rares et analogues à celle qui s'est offerte à nous : car la morale et la décence l'interdiront aux jeunes filles, et c'est surtout parmi elles que se rencontrent le plus grand nombre d'aménorrhées. Le sinapisme? Oui : et nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, parce que tout nous semble démontrer qu'il merite la préférence. C'est un moyen simple dans son application, et qui sera presque toujours prompt dans son action. Maintenant, si notre opinion venait à prévaloir, faudrait-il, comme l'a fait M. Patterson, n'appliquer qu'un sinapisme et prolonger son action, ou bien, comme nous l'avons proposé et mis en pratique, recouvrir à la fois les deux mamelles de sinapismes, dont l'action plus légère, mais réunie, sera toujours ou presque toujours suivie du même effet. C'est à l'expérience à prononcer.

N° DU 27.

EXAMEN COMPARATIF DE L'INFLUENCE DE CHACUN DES DEUX NERFS DE LA FACE,

Sur la production de la sensibilité et des mouvemens de cette partie, pour servir à l'histoire des paralysies locales; par Th. BOTTU-DESMORTIERS, docteur en médecine, interne de l'Hôtel-Dieu.

L'influence distincte et réciproque de chacun des deux nerfs de la face sur la sensibilité et la mobilité de cette partie, n'a point encore été présentée d'une manière très-précise.

Dans ma thèse, soutenue récemment, sur la paralysie qui résulte des lésions locales de la septième paire, j'ai rapporté quelques résultats généraux de l'examen comparatif de ces deux nerfs, sans pouvoir entrer dans les détails que semblait exiger ce sujet; c'est ce parallèle que je chercherai aujourd'hui à compléter, d'après des faits déjà connus et quelques autres que j'ai eu occasion d'observer.

Depuis que les recherches de Charles Bell sont connues en France, la plupart des physiologistes s'accordent à regarder le nerf de la septième paire comme appartenant spécialement au mouvement; insensible par lui-même, il reçoit, comme les autres tissus, sa sensibilité d'un nerf spécial.

Je crois avoir démontré d'une manière évidente, dans ma thèse, que ce n'est point seulement un nerf respirateur, comme le comprend Charles Bell; mais qu'il préside à tous les mouvemens, quels qu'ils soient, des muscles auxquels il va se distribuer.

L'observation suivante a déjà été insérée dans le travail dont je viens de parler : je la reproduis ici autant à cause de son importance, que pour réparer, à l'avantage de M. Piorry, dans le service duquel elle a été recueillie, une erreur qui faisait croire que le diagnostic n'a pas été aussi précis qu'il l'a été réellement.

La femme Pétit, âgée de 42 ans, d'une constitution médiocre, éprouvait, depuis trois mois, quelques étourdissemens et une céphalalgie dont le siége était surtout en avant et derrière les oreilles, lorsque, le 18 janvier 1834, voulant remédier à cette incommodité, elle se fit pratiquer une saignée. Quelques heures après, sans cause connue, sa figure commença à changer d'aspect; sa bouche était déviée à droite : le côté gauche de la face ne participait plus aux mouvemens. Cette paralysie, loin de diminuer, fit des progrès pendant le mois de février, mais sans aggravation des autres accidens. Différentes applications de sangsues à l'anus et à l'épigastre furent inutilement employées.

La malade entra, le 24 mars suivant, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, et présenta les symptômes que je vais décrire :

La bouche est déviée, la commissure droite est tirée en haut et à droite, la commissure gauche est rapprochée de la ligne médiane et abaissée; la malade fait de vains efforts pour changer cette disposition. Si on lui commande de siffler ou de souffler comme pour jouer d'un instrument, l'air s'échappe par la commissure gauche pendante et inactive; la joue, de ce côté, ne réagit plus sur les alimens, qui s'accumulent entre elle et les arcades dentaires. Les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure du côté gauche paraissent à leur état normal. L'aile du nez du même côté est immobile dans les grandes inspirations; l'occlusion de la paupière est imparfaite et laisse en bas un espace où l'on aperçoit la conjonctive oculaire à nu. Si l'on suit alors les mouvemens de l'œil, on voit la cornée se relever vers la partie supérieure pour chercher un abri sous la paupière paralysée. L'élévation et l'abaissement du sourcil sont devenus impossibles. Le front ne peut plus se rider de ce côté.

L'inaction de toutes ces parties de la face est surtout remarquable dans le rire, l'éternuement et tous les autres actes qui augmentent la difformité en déterminant la contraction des muscles du côté sain. La sensibilité générale de la face, des yeux, des narines, de

la bouche est conservée : la vue est un peu obscure. La malade dit avoir un peu de surdité de l'oreille droite; le goût est conservé.

L'intelligence est obtuse. La malade accuse une douleur sourde dans toute la partie antérieure de la tête et sous les deux oreilles. Les membres des deux côtés se meuvent avec une égale facilité et cependant la marche est pénible : le pouls est petit, faible et complètement apyrétique. La malade éprouve quelques douleurs légères, dans le bas-ventre; les autres fonctions se font avec régularité.

M. Piorry reconnaît une altération de la septième paire dans l'intérieur du crâne, l'âge de la malade l'amène à penser que cette altération est probablement de nature cancéreuse. Il soupçonne en outre une lésion profonde de l'encéphale (20 sangsues sous l'oreille gauche : le lendemain, vésicatoire sur le même point).

Ces moyens ne produisent aucun soulagement et la malade est dans le même état le 28. (4 ventouses sèches à la nuque.)

Ce moyen est employé chaque jour sans succès jusqu'au 4 avril; à cette époque, la céphalalgie devient insupportable; agitation continuelle; la malade se croit folle; le pouls conserve cependant le même caractère.

Cet état continue le lendemain avec la même gravité, mais sans contracture ni paralysie des membres; le pouls prend de la fréquence; il survient de la fièvre.

Le 6, à la visite du matin, on apprend que, depuis la veille, la malade ne répond plus aux questions : côma continuel, respiration bruyante; le côté gauche de la face ne participe en aucune manière aux mouvemens respirateurs; la narine de ce côté est immobile, la joue et la commissure sont continuellement agitées par l'entrée et la sortie de l'air, auquel elles n'offrent aucune résistance.

Le pouls est retombé à 60 et très faible (15 sangsues sous chaque oreille), morte à une heure du soir.

Nécropsie le lendemain à dix heures du matin.

Le nerf de la septième paire, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, n'offre rien à noter et paraît à l'état normal; le crâne étant ouvert avec précaution, on ne rencontre aucune lésion des membranes; la pie-mère est cependant adhérente, dans quelques points, à la substance cérébrale; mais sans autre trace d'inflammation : on trouve, à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, un ramollissement presque superficiel, gros comme un œuf de pigeon, d'une couleur olive dans une partie de son étendue, gris rougeâtre dans d'autres points; le tissu ramolli est presque diffluent : le reste de l'hémisphère est sain; le ventricule latéral contient une cuillerée de sérosité limpide.

On trouve, dans la substance de l'hémisphère droit, à la face externe du ventricule latéral, un ramollissement semblable au précédent, dont le centre est occupé par une tumeur du volume d'une amande et de consistance squirreuse.

La partie antérieure et inférieure du pont de *varole* est le siége de quelques points ramollis de peu d'étendue. Les colonnes de la moelle allongée n'offrent aucune altération.

Le nerf de la septième paire du côté gauche est examiné avec soin : sain à son origine, il présente, au niveau de son entrée dans le conduit auditif interne, une tumeur qui paraît développée aux dépens de son tissu; elle est du volume d'une petite noisette, d'une consistance squirreuse, et offre l'aspect d'une masse encéphaloïde : on ne retrouve plus dans son intérieur de traces des filets nerveux.

Je passe sous silence comme peu importantes pour notre sujet, les altérations rencontrées dans les autres organes.

Cette observation est une des plus curieuses que je connaisse; elle nous dessine d'une manière précise les muscles dont le nerf facial est le moteur. Ce sont, la partie correspondante de l'orbiculaire des lèvres, le buccinateur, les muscles zigomatiques, élévateur de la lèvre et de l'aile du nez, l'orbiculaire des paupières, le sourcilier et le frontal. Tout cela est bien d'accord avec les faits déjà publiés. D'autres observations consignées dans ma thèse, me font penser que le muscle masseter lui doit aussi une partie de son énergie.

Les opinions des physiologistes sont beaucoup plus divergentes sur les fonctions de la cinquième paire. Un auteur, qui, du reste, rejette toute espèce de division entre les filets moteurs et sensibles, a prétendu que la lésion de ce dernier nerf pouvait donner lieu exactement aux symptômes produits par la paralysie de la septième paire. Nous verrons plus tard, en rapportant une de ses observations, combien son opinion a peu de fondement puisque ses propres faits nous serviront à soutenir une opinion contraire. Presque tous, d'après les expériences de Ch. Bell, voient, dans le nerf trijumeau, l'organe spécial de la sensibilité générale de la face et le moteur des muscles de la mâchoire inférieure, sans pourtant préciser d'une manière exacte les limites de son influence.

La cinquième paire est un nerf vraiment double; il a deux origines principales et deux espèces de filets. Cette disposition a été bien décrite pour la première fois par Santorini, puis par Paletta et Meckel, enfin par Ch. Bell, lui-même. Le physiologiste anglais a pensé que cet organe avait une grande analogie avec les nerfs vertébraux et l'a rangé, avec ces derniers, dans la classe des nerfs symétriques. C'est même en se fondant sur cette ressemblance, que Schaw a expliqué la coïncidence si fréquente de sa paralysie avec les hémiplégies qui résultent des lésions cérébrales, fréquence déjà notée par Béclard dans le mémoire de M. Descot.

Cette analogie, bien qu'exacte sous le rapport de la double origine, n'est cependant point aussi complète que l'ont pensé les auteurs. Les nerfs vertébraux résultent de la réunion de deux espèces de filets qui parcourent leur trajet ainsi accolés et ne se divisent, le plus souvent, qu'à leur terminaison. Dans le trijumeau, au contraire, le faisceau des filets sensibles vient former, comme les filets postérieurs de la moëlle, un ganglion, d'où partent les trois principales divisions du nerf : mais les filets de la seconde origine passent sous les premiers et sous le ganglion, sans s'y confondre, et après avoir

envoyé quelques rameaux anastomotiques aux branches qui en naissent, ils viennent former, à eux seuls, le faisceau nerveux désigné par Paletta, sous le nom de crotophytobuccal. Cette disposition est parfaitement décrite dans Meckel. C'est de cette dernière branche que naissent les nerfs temporaux profonds, buccal ptérigoïdien et massétérins. Ce serait avec raison que l'on ferait, de ces deux portions du trijumeau, deux paires distinctes. Différentes par leur origine et leur distribution: nous verrons bientôt qu'elles le sont encore par leurs fonctions.

Ici je pourrais rapporter en détail l'observation recueillie par M. Serres et consignée dans son ouvrage sur l'anatomie du cerveau; mais, comme on peut facilement la consulter, je me bornerai à rappeler que, chez le sujet dont il s'agit, l'altération était bornée à la partie ganglionaire de trijumeau, sans intéresser en rien la branche musculaire qui apparaissait saine au dessous de la première. Il y avait eu, pendant la vie, perte de la sensibilité de la moitié correspondante de la face, perte de la sensibilité de l'œil, de la narine et de la langue du même côté, conservation du mouvement. De ce fait nous pouvons déjà conclure que la portion ganglionaire est seule destinée à la sensibilité de la face et de ses organes, sans aucune influence sur la production du mouvement.

Dans la même observation, on voit que l'œil fut affecté d'une ophthalmie qui entraîna la cécité de ce côté; l'ouïe fut altérée vers la fin de la maladie; l'odorat et le goût étaient complètement perdus du même côté. De ces faits, M. Serres cherche à déduire des conséquences favorables à l'opinion de M. Magendie, sur l'influence de la cinquième paire dans l'action des sens spéciaux. Cependant l'ophthalmie qui a entraîné la cécité peut reconnaître un grand nombre de causes autres que la lésion nerveuse; et de ce que les lapins, de l'expérience de M. Magendie, ont perdu la vue de cette manière, il ne faut pas se hâter d'en conclure que ce doit être de même chez l'homme.

Un fait tout aussi remarquable est rapporté par M. Gama (*Traité des plaies de tête*, page 173); j'en extrairai textuellement quelques passages relatifs à mon sujet.

Il s'agit d'un militaire qui, guéri d'une blennorrhagie par des frictions mercurielles, vit survenir, quelques mois après, une céphalalgie violente du côte droit; bientôt des exostoses apparurent sur la bosse pariétale de ce côté. Ces symptômes persistèrent; la douleur gagna la colonne vertébrale et les membres inférieurs. Tous les symptômes d'une myélite apparurent. En même temps, c'est-à-dire deux ans après le début de la maladie, la sensibilité de la face commença à se perdre. « Présumant, dit M. Gama, sa fin prochaine, nous fi-
» mes, à la clinique, un mois avant sa mort, les obser-
» vations suivantes sur le degré d'altération auquel
» étaient parvenus les sens et les mouvemens de la face.
» Aucun changement notable ne s'opéra ensuite dans
» l'état que nous allons décrire. Les paupières du côté
» droit pouvaient recouvrir l'œil, mais ne le décou-
» vraietn qu'imparfaitement: la supérieure restait baissée
» et rendait impuissant tout effort de la volonté pour la
» porter en haut. La vue de ce côté était tout à fait
» perdue. L'œil avait conservé de la mobilité, et, exa-
» miné séparément, on eût pu croire que sa transpa-
» rence et son volume différaient peu de ce qu'ils sont
» dans l'état ordinaire; comparé avec l'autre, il était
» manifestement plus terne et plus petit. La pupille
» n'offrait aucune mobilité à l'impression de la plus
» vive lumière; on pouvait promener le doigt ou quel-
» que corps mousse sur la surface de la cornée et sur
» la conjonctive, sans causer la moindre douleur; le
» malade ne s'en apercevait même pas. Il ne témoignait
» pas de sensibilité lorsqu'on lui pinçait la peau de la
» joue, celle du front ou de toute autre partie droite
» de la face..... La barbe d'une plume à écrire fut plu-
» sieurs fois introduite dans la fosse nasale droite et
» dirigée sur tous les points de cette cavité; il n'en
» éprouva aucun sentiment pénible? Mais l'organe ol-
» factif fut impressionnable à l'action du tabac. Nous
» lui en mîmes dans la narine à peu de distance de son
» ouverture et quoiqu'il ne fit aucun mouvement pour
» l'aspirer, il le sentit et sut même y démêler l'odeur
» de la rose. Les saveurs étaient perçues avec facilité....
» Questionné sur l'étendue de ses sensations gustatives,
» il répondit qu'il ne faisait aucune différence entre le
» côté droit et le côté gauche. La sensibilité de la lan-
» gue n'avait rien perdu de son intensité, ni à droite
» ni à gauche; celle de la muqueuse buccale était fai-
» ble ou nulle à droite, vers la joue et sur les genci-
» ves..... Lorsque le malade parlait, la joue droite se
» laissait soulever par l'air et ne réussissait pas comme
» celle du côté opposé, pour diriger ce fluide entre les
» lèvres... La bouche était tirée à gauche par la con-
» traction devenue prédominante du muscle buccina-
» teur de ce côté; peu d'action restait à la mâchoire
» qui semblait n'obéir à droite qu'à l'impulsion que lui
» communiquait l'extrémité gauche du lévier qu'elle
» représente. Aucune paralysie n'attaquait la langue. »
Il n'existait point de paralysie ni de l'aile du nez, ni du sourcil, ni du front: car il n'en est point question dans l'observation. La paralysie de la paupière, signalée par l'auteur, n'a point son siége dans l'orbiculaire des paupières, puisque l'œil peut se fermer, mais bien dans le muscle élévateur qui reçoit ses filets du moteur commun; c'est donc à tort que M. Gama paraît l'attribuer au nerf trijumeau.

Mais voyons la nécropsie. Je passe sous silence les traces de méningite, le ramollissement de quelques parties du cerveau et de la moelle, pour arriver à la lésion de la cinquième paire.

« L'insertion centrale des nerfs de la cinquième,
» appelée leur origine, était jaune, molle, privée de
» substance médullaire et diminuée de volume. Cette
» altération ne se continuait pas dans le pédoncule du
» cervelet; elle paraissait se terminer brusquement, et
» la substance nerveuse présentait, immédiatement
» derrière elle, son aspect accoutumé. En avant, au
» contraire, l'altération de la cinquième paire se pro-

» longeait au-delà de son ganglion qui avait considé-
» rablement augmenté de volume et offrait l'aspect et
» la consistance des tissus lardacés. Les filets ordinai-
» rement séparés de ce ganglion étaient confondus avec
» lui, de sorte, qu'il fut impossible d'en reconnaître
» les traces..... Au devant de l'entrecroisement, le nerf
» optique du côté droit avait à peine le quart du vo-
» lume de celui du côté gauche, il était ramolli, d'une
» couleur rose pâle, presque muqueux et privé de subs-
» tance médullaire. »

Ici, comme le remarque fort bien, M. Gama, le nerf était affecté indépendamment du reste de l'encéphale : aussi son affection a-t-elle donné lieu à des symptômes spéciaux ? Comme dans l'observation de M. Serres, il y avait perte de la sensibilité de la face; mais l'odorat, l'ouïe, le goût et même la sensibilité de la langue étaient conservées. La persistance de l'odorat et de l'ouïe s'expliquent parfaitement : mais le goût et la sensibilité de la langue auraient dû être abolis; et il est probable que les filets du nerf lingual avaient été respectés.

Si nous examinons quels étaient les muscles paralysés, nous voyons que ce sont les élévateurs de la mâchoire inférieure, le buccinateur et la moitié correspondante de l'orbiculaire des lèvres, c'est-à-dire tous les muscles auxquels va se distribuer la branche crotophyto-buccale que nous avons vue participer à l'altération. C'est donc à tort que l'auteur de cette observation en conclut que cette dernière espèce de paralysie musculaire offre les mêmes symptômes que celle qui résulte des lésions du facial; elle en diffère, en ce que la paralysie ne s'étend point à l'aile du nez, aux paupières, aux soureils et au frontal; tandis que ces parties sont toujours paralysées dans les affections de la septième paire.

Ainsi, de tous les faits précédens, nous sommes en droit de conclure : 1° que le nerf facial est un nerf du mouvement, présidant à la contraction de tous les muscles de la face, à l'exception des élévateurs de la mâchoire inférieure; qu'il a même un peu d'influence sur l'énergie du masseter; 2° que la branche musculaire de la cinquième paire, distincte de la branche du sentiment, préside à la contraction des élévateurs de la mâchoire inférieure, du buccinateur et de la moitié correspondante de l'orbiculaire des lèvres; d'où il résulte que ces deux derniers muscles sont soumis à une double influence; 3° que la portion ganglionaire du nerf de la cinquième paire donne la sensibilité à toutes les parties de la face; 4° que son influence sur la vue, l'ouïe et l'odorat, n'est pas encore bien connue, et que de nouvelles recherches sont encore nécessaires à cet égard.

Rien ne sera donc plus facile maintenant que de distinguer, dans les paralysies de la face, la part de chacun des ces nerfs, soit que la maladie soit bornée à leur tissu même, soit que la lésion ait son siége dans l'encéphale. Sous ce dernier rapport ces deux nerfs diffèrent encore essentiellement.

Le nerf facial, quand il est paralysé, l'est généralement seul et indépendamment de toute affection de l'encéphale. Sa paralysie est le résultat, le plus souvent, de causes tout à fait locales. Elle est quelquefois accompagnée, soit de l'engourdissement des filets sensibles du nerf trijumeau, dans quelques parties de la face, soit d'une véritable névralgie de ces mêmes filets qui viennent s'accoler à lui. Cette névralgie, quand elle suit la direction de la septième paire, a été attribuée à ce nerf par quelques auteurs : j'ai cherché à démontrer dans un autre travail que cette affection ne pouvait être attribuée à des filets nerveux qui ne peuvent souffrir qu'à la manière des autres tissus, recevant comme eux la sensibilité d'un nerf spécial.

Je ferai remarquer, en passant, que la même cause s'oppose à ce que la branche musculaire du trifacial, et tous les autres filets du mouvement puissent être affectés de névralgie. Quand les organes souffrent, la douleur doit avoir son siége dans les filets sensibles qui viennent y aboutir.

Différente en cela de celle du facial, la paralysie du trijumeau est très-fréquente dans les affections apoplectiques ou inflammatoires du cerveau. Cette remarque a été faite par Béclard dans le mémoire de M. Descot. Schaw, comme je l'ai déjà dit, a cherché à l'expliquer par l'analogie de ce nerf avec les nerfs vertébraux. Quoiqu'il en soit, cette paralysie est un symptôme assez fréquent de ces affections, et suivant que la paralysie du reste de la moitié du corps affecte spécialement le mouvement ou la sensibilité, ou l'un et l'autre simultanément, l'influence de l'une ou de l'autre des branches du trifacial, ou des deux à la fois, est anéantie. Dans les cas de ce genre, la paralysie du mouvement est beaucoup plus fréquente par la raison qui fait que les affections cérébrales détruisent plus souvent les fonctions locomotrices que les fonctions sensoriales. Ce qui prouve que la branche musculaire du trijumeau est inactive dans ces cas, c'est que, dans presque toutes les observations d'apoplexie ou de ramollissement, où il y a paralysie de la face, les seuls muscles inactifs sont ceux où vont se distribuer ses filets. Il y a bien déviation de la bouche; mais on n'y fait point mention de la paralysie de l'aile du nez, de l'occlusion incomplète des paupières, de la paralysie du soureil et du front, symptômes qui existent constamment quand l'influence de la septième paire ne s'exerce plus.

L'observation suivante fera mieux comprendre ma pensée.

La nommée Dieu, âgée de 58 ans, assez robuste; blanchisseuse, actuellement dans le service de M. Bailly, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 70, cessa d'être réglée il y a dix ans. Un an après cette époque, elle éprouva de la céphalalgie et des étourdissemens qui durèrent quelques semaines, puis elle fut tout à coup prise de vertiges et tomba sans connaissance. A la suite de cette attaque, la bouche fut paralysée, entraînée vers l'oreille droite; la parole devint difficile; la malade se rappelle parfaitement que sa figure ne présentait pas d'autre difformité, et qu'elle pouvait fermer l'œil com-

plètement. Elle n'éprouva aucune gêne de mouvemens des membres. La sensibilité était partout conservée.

On lui pratiqua plusieurs saignées; plusieurs applications de sangsues lui furent faites. Après six mois de traitement et de repos, retour complet à la santé qui a toujours été bonne depuis ce temps.

Cette femme ressentait depuis quelques semaines une céphalalgie frontale assez violente, des étourdissemens, quelques scintillemens douloureux dans le bras gauche, des crampes dans le membre inférieur du même côté, lorsque, vers les premiers jours du mois de novembre 1834, elle eut une nouvelle attaque, mais ne perdit pas connaissance complètement; elle resta trois heures dans cet état : il en résulta une résolution complète des membres du côté gauche, où toute espèce de mouvement était devenu impossible; la bouche était déviée du côté opposé. On lui pratiqua une saignée; des sangsues lui furent appliquées à l'anus; et, le 10 novembre, elle entra à l'hôpital, présentant les symptômes suivans : apyrexie complète; appétit; respiration facile; résolution complète des membres du côté gauche, sans perte de la sensibilité. La bouche est tirée à droite de la ligne médiane, et cependant la commissure gauche est moins abaissée que dans les affections de la septième paire (ce fait me porte à croire que l'action des zygomatiques dépend surtout de ce dernier nerf). La déviation peu marquée dans l'état de calme, augmente lorsque la malade rit. Les alimens séjournent entre les arcades dentaires et la joue de ce côté. Dans l'action de siffler ou de souffler, l'air s'échappe par la commissure gauche qui n'offre qu'une faible résistance. Si on fait serrer les mâchoires, le masseter gauche ne se contracte pas et reste toujours flasque. Au rapport de la malade, la mâchoire est faible de ce côté. La sensibilite générale de la face, des yeux, des narines, de la bouche et de la langue est conservée. La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, sont à l'état normal. Pendant les quinze premiers jours qui suivirent son entrée, deux saignées lui furent pratiquées; on lui administra plusieurs lavemens purgatifs. On lui donna peu d'alimens; il en résulta peu d'amélioration. Le 1er décembre, elle pouvait exécuter quelques légers mouvemens du membre inférieur du côté gauche; la bouche était aussi un peu moins déviée. Tout me porte à croire que l'état de cette malade pourra s'améliorer avec le temps.

Cette observation, tout-à-fait d'accord avec les idées de M. Rochoux sur l'apoplexie, nous montre une première attaque, probablement très-légère, qui détermine seulement la paralysie des muscles mus par la cinquième paire. Une seconde attaque arrive dix ans plus tard : l'épanchement probablement plus considérable ne détermine plus une paralysie aussi circonscrite, mais bien une hémiplégie complète. La paralysie de la face est bornée aux mêmes muscles que la première fois. La sensibilité des membres est conservée; celle de la face l'est aussi. Les muscles qui reçoivent l'influence spéciale de la septième paire sont demeurés contractiles.

Ce que nous voyons dans ce cas particulier se rencontre presque toujours dans les paralysies de la face, accompagnant les hémiplégies qui résultent d'une apoplexie ou d'une encéphalite.

Les fonctions du nerf trifacial paraissent donc liées d'une manière plus intime au reste de l'encéphale, que celles du nerf de la septième paire, que Charles Bell a classé, avec raison, dans les nerfs sur-ajoutés, rapprochant le premier des nerfs vertébraux, dont il a formé la classe des nerfs symétriques. Là se borne le parallèle que j'avais voulu établir entre les fonctions des deux nerfs de la face.

RÉCLAMATION.

—

Un mot sur le siége de l'orchite, par J.-A. Rochoux, médecin de la vieillesse (hommes), etc.

L'article de M. Reynaud sur le siége de l'*orchite ou testicule vénérien*, m'a fait remarquer une erreur, ou au moins une inexactitude qu'il m'importe de relever, et une assertion qui mérite d'être discutée. Commençons par l'inexactitude.

M. Reynaud place M. Gaussail en tête des médecins dont « les recherches tendent à faire admettre que le testicule n'est pas le siége principal de la maladie désignée sous le nom de *chaude-pisse tombée dans les bourses, de testicule vénérien*, etc. » C'est prêter bien gratuitement à M. Gaussail, une opinion diamétralement opposée à celle qu'il a voulu établir. En effet, bien que son travail m'ait mis à même de prouver le premier, comme le reconnaît M. Marc Moreau, que le siége de l'orchite est principalement dans la tunique vaginale, l'auteur n'en fait pas moins tous ses efforts pour démontrer que la maladie affecte principalement le testicule. Comme cette opinion résiste encore aux raisons que j'ai alléguées contre elles, je reproduirai ici quelques-unes de celles qui empruntent une nouvelle force à des faits que la polémique actuelle vient de mettre hors de toute contestation.

« Tantôt, dit M. Gaussail, le gonflement du testicule est de *prime-abord* très-considérable; son volume devient double, triple, quadruple même de celui qu'il a ordinairement. »

Maintenant, voici ce que prouve l'énormité et la rapidité de ce gonflement, signalées par tous les observateurs.

Pour des hommes peu familiers, comme la plupart médecins, avec les données mathématiques, un testicule de trois ou quatre fois son volume ordinaire veut dire, comme cela arrive réellement dans l'orchite, que les diamètres de cet organe ont acquis le triple ou le quadruple de leur longueur normale. Or, dans un pareil état, il offre justement vingt-sept ou soixante-quatre fois son volume ordinaire, et sa surface, neuf ou seize fois son étendue primitive. Mais il est de toute impossibilité qu'en un ou deux et même en trois ou quatre

jours, la tunique albuginée se laisse aussi énormément distendre sans se rompre. On doit donc voir ici un phénomène en tout semblable à celui de la cure de l'hydrocèle par la ponction qui, en produisant l'inflammation de la tunique vaginale, amène, en trente-six ou quarante-huit heures, un gonflement du scrotum à peu près aussi considérable que celui d'avant la ponction. D'un autre côté, tous les observateurs ont constaté l'extrême rareté des abcès du testicule, à la suite de l'orchite. M. Gaussail, en signalant ce fait d'observation clinique, ajoute n'avoir vu qu'un seul cas de suppuration. Cependant, tout le monde sait que les phlegmasies véritables du testicule, comme celles que déterminent les violences extérieures, sont assez souvent suivies de la suppuration et parfois de la fonte de son tissu. Il n'en faudrait donc pas davantage pour prouver qu'il n'est point affecté dans la prétendue orchite, si l'anatomie pathologique ne décidait irrécusablement la question. Ainsi, les deux observations de M. Gaussail, celle de M. Marc Moreau, et le cas tout récent observé par M. Reynaud, ont pour caractère commun de servir à constater un état inflammatoire de la tunique vaginale, en rapport avec l'intensité et l'ancienneté de la maladie, le testicule restant sain ou ne présentant que des complications accidentelles, indépendantes de son inflammation.

Puisque l'observation parle d'une manière aussi cathégorique, je ne vois pas trop comment on pourrait dire avec M. Forget, « tous les praticiens sont à peu près d'accord pour considérer le gonflement dans l'orchite, comme le résultat simultané de l'inflammation testiculaire et de l'épanchement vaginal : c'est un point de doctrine que M. Velpeau a fort bien débattu dans une des séances du dernier concours, en faisant ressortir ce que l'opinion de M. Rochoux a de trop exclusif. » Voilà l'assertion qu'il me faut à présent discuter.

Lorsque certaines opinions obtiennent, comme cela arrive de temps en temps, un cours de vogue, on peut les reproduire à tout propos, bien assuré d'obtenir l'assentiment public. Par le temps qui court, on a déclaré la guerre aux idées exclusives. Il ne faut jamais être exclusif, entend-on dire de tous côtés : c'est comme un mot de ralliement.

Qu'en politique on tienne pareil langage, rien de mieux ; car là, il s'agit d'empêcher la guerre d'éclater entre les intérêts opposés. Il s'agit de conditions faites par les hommes, de conventions qui peuvent tenir lieu de la vérité quand elles ne le sont pas, en un mot d'un système de concession sur lequel repose la société toute entière. Mais en matières scientifiques, il n'en saurait être de même. La nature ne connaît pas les moyens termes et quand on l'interroge sur une question soluble, elle répond oui ou non. Là, l'éclectisme n'est plus de saison. Il faut de toute nécessité être exclusif : impossible de l'éviter, quelque envie qu'on en ait, car dès l'instant où l'on émet une proposition d'un sens déterminé, on a beau chercher à la rendre conciliante, elle se trouve nécessairement exclusive de toute autre qui n'est pas exactement elle. Cela posé, il devient tout à fait insignifiant de s'enquérir si une opinion est ou n'est pas exclusive ; ce qu'il importe d'apprécier, c'est son degré de vérité. Plus elle est nettement formulée et franchement exclusive, plus elle est facile à juger. Pour cette raison et pour beaucoup d'autres, je finis en disant que le testicule est entièrement étranger au développement de la tumeur appelée orchite, laquelle est en très-grande partie formée par l'épanchement inflammatoire de la tunique vaginale, et, pour une portion toujours plus ou moins faible, par le gonflement de l'épidydime.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

DÉCEMBRE 1834.

Accouchement; présentation du bras; amputation; évolution spontanée du fœtus.

La lettre suivante nous a été adressée par M. Savy, docteur en médecine à Forcalquier (Basses-Alpes.)

« Je viens vous faire connaître encore un cas d'accouchement opéré sans faire la version du fœtus, quoique celui-ci présentât le bras hors de la vulve.

» La femme Mégy, âgée de trente-quatre ans, bien constituée, était accouchée déjà cinq fois, toujours très-promptement et très-heureusement. Une sixième fois, l'accouchement fut plus long, et l'apparition d'un bras décida les parens à appeler un accoucheur. La face vultueuse et la plénitude du pouls m'engagèrent dès mon arrivée à pratiquer une saignée, avant de procéder à la version du fœtus, dont le bras droit sortait hors de la vulve dans l'état de pronation. Je tentai ensuite d'introduire ma main dans la matrice; mais j'éprouvai une difficulté insurmontable. L'excavation du bassin était entièrement remplie par le thorax et l'épigastre du fœtus; l'épaule droite et les côtes apparaissaient entre les grandes lèvres entr'ouvertes. Introduire avec violence la main et l'avant-bras dans l'excavation de ce bassin ainsi rempli, eût été s'exposer infaliliblement à déchirer la matrice ou à faire naître des convulsions, quelques symptômes d'éclampsie s'étant déjà manifestés pendant mes tentatives de version. Que faire cependant? Les auteurs conseillent la version comme seule ressource; je l'ai pratiquée moi-même plusieurs fois dans des cas semblables, et presque toujours les enfans étaient morts lors de leur extraction; mais, dans cette circonstance, il était impossible de pénétrer jusqu'aux pieds ou aux genoux du fœtus.

» Je plongeai la femme dans un bain tiède, où elle resta deux heures, et je tentai de nouveau la version, mais sans plus de succès. La femme, voyant ces efforts infructueux, demandait la mort à grands cris: chaque nouvelle douleur donnait lieu à des mouvemens convulsifs. Le bras sorti était très-tuméfié, violet, et son épiderme se détachait dans plusieurs endroits, mais il n'était pas flétri, et je n'avais aucun signe certain de la mort du fœtus. Je crus cependant qu'il était impossible de temporiser, et je me décidai à pratiquer l'embryotomie. L'affaire trop célèbre et trop malheureuse du docteur Hélie se présenta un instant à ma pensée.... C'était au milieu de la nuit, dans un village éloigné de l'habitation de mes confrères. Mais il était urgent de prendre un parti. Je procédai à la désarticulation du bras avec l'épaule dont l'acromion était appuyée contre la branche descendante du pubis gauche de la mère. Cette amputation faite, je saisis avec un crochet le bord des côtes qui se présentaient, et je tirai fortement vers moi. Je sentis alors le fœtus poussé de droite à gauche, de telle façon que l'épaule amputée se cacha derrière la branche descendante du pubis contre lequel elle était arcboutée avant l'opération, et l'abdomen ainsi que le cordon parurent à la vulve. Le fœtus, poussé par le même mouvement de droite à gauche, se déploya ainsi dans l'excavation du bassin, et fut bientôt entraîné au dehors par les fesses, sans que la tête changeât à peine de position. Dans quelques instans l'accouchement fut terminé: le fœtus était mort et très-volumineux.

» L'amputation était-elle nécessaire? Je ne l'aurais point faite, si j'avais prévu que l'accouchement eût pu se terminer d'une manière aussi insolite. Cependant il est vrai de dire qu'elle a favorisé l'évolution du corps du fœtus dans le bassin. Mais désormais, en pareille occurence, je n'aurai recours à cette opération qu'après avoir favorisé cette évolution par tous les moyens que l'art et la nécessité me suggèreront. Ne pourrait-on pas, par exemple, au moyen d'un crochet mousse appliqué sur le sacrum, faciliter la sortie du fœtus par les fesses et aider les efforts impuissans de la mère?

» Du reste, la terminaison de l'accouchement par les seuls efforts de la nature, lorsque l'enfant présente le bras et même l'épaule à l'extérieur de la vulve, est possible; un de mes confrères m'a assuré qu'ayant été appelé dans un cas semblable, il s'était absenté pendant une demi-heure pour aller chercher les instrumens qu'il croyait nécessaires, et qu'à son retour auprès de la femme en travail, il l'avait trouvée accouchée d'un enfant bien conformé, à terme et vivant. »

Réflexions. L'observation communiquée par M. le docteur Savy semblera d'un haut intérêt, après la lecture de celles que nous avons déjà publiées dans ce journal sur le même sujet. Ce sont de ces faits que le praticien ne doit point oublier, mais dont on ne saurait guère tirer de conclusions dans un journal, attendu qu'il nous est impossible d'apprécier d'une manière exacte, d'une part, l'urgence qu'il y avait à pratiquer l'embryotomie, et, de l'autre, l'influence que la désarticulation de l'épaule a eue sur la terminaison de l'accouchement.

Les observations citées dans les articles que nous rappelons prouvent en effet, d'une manière évidente, que l'accouchement peut se terminer par les seuls efforts de la nature, lorsque le bras et même l'épaule se présentent à l'extérieur de la vulve; mais c'est au praticien appelé dans ces cas épineux, à reconnaître jusqu'à quel point il doit compter sur cette terminaison rare et cependant possible, car il ne faut pas perdre de vue le danger que court la femme en attendant ce résultat heureux. Or fût-il prouvé que la désarticulation du bras n'a favorisé en rien la terminaison de l'accouchement, dans l'observation rapportée par M. Savy, on devrait encore se demander si ce médecin, malgré l'état de débilité de la femme et les convulsions auxquelles elle était en proie, pouvait encore temporiser et se fier sur les ressources incertaines de la nature. C'est une question que nous ne chercherons pas à résoudre. Nos confrères qui se livrent à la pratique des accouchemens savent aussi bien que nous qu'il est impossible de se prononcer sur ce point.

Nous ferons cependant une remarque au sujet du parti pris par notre confrère de pratiquer seul une opération aussi grave, résolution que justifiait sans doute l'imminence du danger et l'éloignement de tout secours; c'est qu'à une époque où on nous rend responsables des accidens survenus dans l'application régulière des principes de notre art, on ne saurait prendre trop de précautions pour mettre à couvert sa réputation et même sa fortune, en s'aidant de l'assistance et de l'appui de ses confrères.

Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale; par M. Hilaire, médecin-accoucheur à Rouen.

Madame Duval, âgée de dix-neuf ans, était arrivée au huitième mois d'une première grossesse, lorsque le 3 avril dernier, vers minuit, sans causes connues, elle tomba dans un état convulsif effrayant. Appelé près d'elle à deux heures du matin, je la trouvai en proie à d'affreuses convulsions. La face était violacée, le col gonflé, les dents serrées; une écume sanguinolente s'échappait des lèvres. Je reconnus aussitôt tous les symptômes de l'éclampsie, et je m'empressai de lui tirer environ deux palettes de sang, puis je prescrivis une potion avec l'eau de mélisse l'eau de fleurs d'oranger, le sirop d'éther et la teinture de castoréum, médicamens qui ne produisirent que très-peu d'effet, vu la difficulté de les faire parvenir dans l'estomac. Je fis appliquer deux sinapismes aux pieds, tandis qu'on couvrait le front de glace pilée et renfermée dans une vessie.

Le soir, les accidens n'ayant aucunement diminué, j'appliquai des vésicatoires aux jambes. Mon ami, le docteur Barré, fut appelé en consultation. Il pensa, comme moi, que la terminaison de l'accouchement pouvait seule mettre un terme à ces accidens; mais le peu de dilatation du col ne permettait pas de recourir à cette opération. Cependant, à neuf heures du soir, une troisième saignée fut pratiquée, nécessitée par l'augmentation des convulsions qui étaient presque continuelles. Cet état de choses dura jusqu'à deux heures du matin, époque à laquelle la malade sembla éprouver de véritables douleurs d'enfantement. Bientôt je pus appliquer le forceps, et je fis avec facilité l'extraction d'un enfant qui paraissait mort depuis quelques jours. La délivrance suivit promptement, et il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang.

Quand la femme eut été reportée dans son lit, les convulsions firent place à une extrême prostration. La malade restait sans connaissance, le col et la face gonflés. Craignant de nouveaux accidens, je fis appliquer dix sangsues à la vulve. On continua en outre autant que possible l'usage des potions déjà prescrites, et de plus une tisane de valériane et de chiendent éduleorée avec le sirop de capillaire. Sous l'influence de ces moyens, la malade resta seulement plongée dans un état de somnolence. Enfin vers neuf heures elle regarde les assistans, reconnaît son mari, et, s'étonnant d'être dans son lit, veut absolument en sortir. Il faut joindre la force à la persuasion pour l'y retenir. La nuit suivante se passe sans convulsions, mais la malade a une loquacité continuelle, crie et vocifère après son mari dès qu'il s'éloigne. La journée du 5 se passa dans le même état. Le délire était continuel, bien qu'elle reconnût toutes les personnes qui l'entouraient.

Les jours suivans, l'état d'aliénation mentale resta le même. Tantôt la malade croyait que le feu était à son lit; tantôt elle injuriait son mari et les personnes qui l'entouraient. Enfin, au bout de quelques jours, après une consultation avec M. de Foville, il fut convenu qu'on l'emmènerait à l'asile des aliénés. Là elle reçut les soins convenables à sa position, et elle revint assez promptement à la raison. Je reçus sa visite le 30 juin, jour de sa sortie. A une bonne santé se joignait un calme complet dans les idées. Elle se persuadait seulement difficilement qu'elle fût accouchée.

Réflexions. Nous ne reviendrons pas ici sur les considérations que nous avons exposées ailleurs, nous ferons simplement observer que l'opinion que nous avancions dans ce dernier article, sur la nature de l'éclampsie, paraît fortifiée par l'exemple rapporté par M. Hilaire. Dans ce cas, en effet, la congestion cérébrale a déterminé les convulsions; puis, lorsque le raptus vers le cerveau a été arrêté par l'expulsion du fœtus et par les sangsues appliquées à la vulve, il n'est resté que des signes d'épanchement, et enfin au bout de quelques jours des symptômes de phlegmasie cérébrale se sont manifestés. Il est à regretter que M. Hilaire n'ait pas ajouté l'opinion de M. de Foville sur la cause de cette aliénation mentale et le traitement qui a obtenu un si prompt succès, mais il nous semble que ce délire ne peut être attribué qu'à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, causée par un épanchement qu'aura déterminé l'éclampsie.

—

Observation de dartre croûteuse guérie par des applications de cataplasmes de feuilles d'oseille; par M. Mathey, docteur en médecine à Genève.

La jeune N..., de Turin, portait, depuis deux ans, une dartre croûteuse (varioïde) à la joue; cette affection avait résisté à tous les moyens curatifs administrés par divers médecins, ainsi qu'aux eaux et à la douche d'Aix en Savoie. La malade vint aux bains de Saint-Gervais, dans le courant de juillet (de cette année). La douche n'ayant produit aucun changement sur la consistance des croûtes, je fis appliquer pendant la nuit un cataplasme de feuilles d'oseille; le troisième jour de cette application, les croûtes, noirâtres, très-compactes, étaient ramollies et de meilleure couleur. Le pourtour de la peau s'enflamma; je substituai à l'oseille la feuille de mauve; les croûtes commencèrent à se détacher. La douche et l'eau en boisson (purgative) ont achevé la cure, complète au bout de six semaines.

Mémoires et observations sur l'emploi de la compression méthodique dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite.

On trouve dans un ouvrage publié récemment par M. Bricheteau (1) quelques considérations sur l'hydropisie traitée par la compression. Ce moyen, nous paraissant avoir eu un succès assez marqué, nous rapporterons quelques-uns des faits cités par ce médecin.

Le Mémoire de M. Bricheteau contient onze observations dans lesquelles la compression fut employée avec succès. La plupart n'ont point été recueillies par ce médecin lui-même, mais il les a réunies pour constater les bons effets de ce traitement. Les deux premières sont des exemples d'œdèmes des membres inférieurs qui ont cédé à une compression méthodiquement appliquée. Dans l'une, la cause présumée de la maladie était la suppression des menstrues : on eut recours d'abord à des saignées, des bains, des scarifications, et, quand ces dernières furent entièrement cicatrisées, on appliqua une compression méthodique depuis l'extrémité du pied jusqu'au milieu de la cuisse avec un bandage roulé. Après vingt jours de cette application, il survint quelques accidens qui forcèrent à lever le bandage et à pratiquer deux petites saignées. Au bout de quelques jours, on recommença la compression, qui fut continuée jusqu'à guérison complète.

Dans la seconde observation, l'œdème étant survenu trois jours après l'accouchement, le bandage seul fut employé et procura une assez prompte guérison.

La compression seule, ou aidée de quelques moyens, a également réussi dans les mains de M. Bricheteau contre l'hydropisie ascite.

Un homme, âgé d'environ soixante ans, avait le teint blafard, la peau flasque et disposée à l'infiltration, et des douleurs à l'épigastre. Des sangsues, puis un vésicatoire furent appliqués sur cette région. Le malade se croyait guéri, mais bientôt on reconnut de la fluctuation dans l'abdomen; des sangsues et des diurétiques furent aussitôt employés, mais sans succès. On établit alors une compression méthodique et graduée du ventre, exercée par un bandage lacé depuis la base de la poitrine jusqu'aux hanches. L'action en fut habilement graduée et constamment maintenue le jour et la nuit pendant environ huit mois. Bien long-temps avant la fin du traitement, le malade était entièrement guéri.

Dans une autre observation adressée à l'Académie par le docteur Claret, de Vannes, le même moyen fut employé sur une femme âgée de trente-sept ans, chez laquelle l'ascite s'était déclarée après plusieurs accès de fièvre intermittente. On retira par la ponction environ douze pintes de sérosité. La même opération fut pratiquée au bout de trois semaines, puis on comprima le ventre avec un bandage exactement appliqué. On donna aussi quelques boissons diurétiques et des purgatifs. Au bout de trois mois, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Quatre mois après, elle rentra pour une gastro-entérite aiguë, à laquelle elle succomba. A l'ouverture du corps, on trouva dans la cavité de l'arachnoïde et dans le côté droit de la poitrine un peu de sérosité épanchée; mais dans l'abdomen il n'y en avait aucune trace. Le péritoine était adhérent à la surface convexe du foie. Il y avait des traces évidentes de gastro-entérite.

Le mémoire de M. Bricheteau contient plusieurs autres observations d'épanchemens séreux, soit dans l'abdomen, soit dans des articulations qui prouvent l'utilité de la compression. Ce médecin pense qu'on peut tirer de ce moyen un parti très-avantageux, et que son emploi est tout-à-fait sans danger, attendu qu'on peut le supprimer dès qu'il commence à nuire.

Réflexions. On a voulu, dans ces derniers temps, tirer tout le parti possible de la compression, et on l'a recommandée contre une foule de maladies; ainsi des praticiens l'ont conseillée contre le cancer, les dartres, l'érysipèle, la pustule maligne, la phlébite et même certains accouchemens difficiles; sans parler d'une multitude de cas dans lesquels l'utilité de ce moyen a été constatée depuis long-temps.

Si l'on voulait considérer la compression comme une méthode générale de traitement appliquée à ces diverses affections, on ne lui reconnaîtrait assurément pas l'efficacité dont ces médecins l'ont gratifiée; mais il suffit aux praticiens de savoir que, dans les cas cités elle a réussi lorsque les autres moyens avaient échoué, pour qu'ils ne négligent pas un moyen qui peut quelquefois leur être d'une grande utilité.

Malgré l'assertion de M. Bricheteau, nous ne pouvons regarder la compression appliquée à l'hydropisie ascite comme un moyen tout-à-fait innocent. On sait avec quelle facilité la péritonite chronique passe à l'état

(1) Clinique médicale de l'hôpital Necker, par J. Bricheteau, médecin de cet hôpital. Un vol. in-8°, chez J. Rouvier et Lebouvier.

aigu ; or, le plus ordinairement, l'hydropisie, lorsqu'elle n'est pas un symptôme d'anévrisme du cœur, est produite et entretenue par une phlegmasie plus ou moins étendue du réseau péritonéal. Nous persistons donc à croire que la compression n'est applicable que dans un très-petit nombre de cas d'ascite, et que les praticiens n'y doivent recourir qu'avec les plus grandes précautions. La maladie dont nous nous occupons est d'ailleurs si souvent au-dessus des ressources de l'art, que le moyen indiqué par M. Bricheteau pourra paraître à quelques-uns une ressource précieuse.

Sans entrer ici dans des détails sur les différentes espèces d'ascites et sur les traitemens qui leur conviennent, nous rapporterons deux observations dans lesquelles la saignée générale a agi avec une merveilleuse efficacité.

Effets de la saignée générale dans deux cas d'hydropisie, l'une idiopathique aiguë, l'autre symptomatique. (Article communiqué par M Tardieu, docteur en médecine à Saugues.

Le nommé J. H..., du Cros, commune de Saugues, était occupé, en 1833, à faucher son pré. Etant couvert de sueur, il plongea témérairement ses avant-bras dans une source d'eau très-froide. Le lendemain une fièvre violente s'empara de lui. Un médecin, partisan du système d'expectation, fut appelé; il se borna à peu près à recommander l'usage d'une boisson nitrée. Lorsque je vis le malade au bout de onze jours, je le trouvai dans l'état suivant : assis sur son lit, la face rouge, bouffie, en proie à une dyspnée considérable ; le pouls était intermittent, dur, fréquent ; les urines avaient cessé de couler. Il y avait ascite, anasarque ; les bourses et la verge étaient considérablement infiltrées.

Une abondante saignée du bras fut aussitôt pratiquée. Le lendemain, les symptômes étant amendés, la saignée fut renouvelée : toute espèce de médication fut suspendue. En quatre jours l'anasarque disparut ; quelques cuillerées d'oxymel furent employées comme moyen auxiliaire, et huit jours après cet homme était rétabli.

Le nommé B... éprouvait depuis trois ans de la dyspnée, de l'insomnie en des réveils et sursaut très-pénibles. Son médecin ordinaire, le croyant atteint d'un asthme, bornait sa médication à quelques moyens diurétiques. Un autre médecin, consulté plusieurs fois, crut reconnaître une affection anévrismale du cœur, et lui assigna même pour siége l'oreillette droite. Il prescrivit en conséquence des saignées, la digitale, la scille, etc. Mais le médecin ordinaire, partisan de l'expectation, s'opposait surtout aux émissions sanguines, menaçant le malade d'une hydropisie s'il se soumettait à ce traitement. Celui-ci, effrayé, laissa marcher le mal, et, bien qu'aucune saignée n'eût été pratiquée, une quantité considérable de sérosité s'accumula dans l'abdomen.

Lorsque je fus appelé, le malade était réduit à l'état suivant : insomnie complète depuis un mois ; position sur le séant depuis la même époque ; dyspnée, face injectée, bouffie, yeux saillans ; pouls intermittent, désordonné, tumultueux, disparaissant par intervalle sous la pression : les battemens du pouls étaient isochrones à ceux du cœur ; ascite, anasarque, infiltration des parties sexuelles ; cessation du cours des urines depuis trois jours. Ce malade, âgé de quarante-six ans, et d'une forte constitution, était dans un état de souffrance telle qu'il cherchait à se donner la mort.

Une saignée de dix-huit onces fut pratiquée au bras ; pour en apprécier les effets, j'ordonnai la cessation de tout autre remède. En vingt-quatre heures j'obtins de l'amélioration dans l'état du malade. Le surlendemain, nouvelle saignée, et de plus vingt sangsues sur la région du cœur. La dyspnée cessa et l'anasarque disparut insensiblement. J'ordonnai alors la digitale intérieurement et extérieurement, suivant la méthode de M. Chrétien. Je lui associai la scille, et, en vingt-cinq jours, j'obtins une cure complète. Le pouls et le cœur avaient repris leur type presque normal, et le malade se livrait à ses occupations ordinaires, qu'il pourra continuer long-temps, sans doute, s'il observe les règles d'une rigoureuse hygiène.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

DÉCEMBRE 1834.

N° DU 6.

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du laudanum de sydenham, contre les spasmes lombaires ou fausses douleurs qui compliquent le travail de l'accouchement; par M. Foulhioux, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Prévenir ou faire disparaître les accidens qui peuvent compromettre la vie de la mère ou du fœtus pendant l'accouchement; aplanir les difficultés qui naissent, soit de la disproportion entre le fœtus et le bassin, soit d'un défaut de rapport entre leurs axes respectifs, c'est remplir sans doute deux indications d'une haute importance, qui réclament un praticien exercé et profondément instruit.

Mais, parvenu à ce point, l'art a-t-il atteint sa perfection? La conduite à tenir pour la sûreté de la mère et de l'enfant ne pourrait-elle pas se concilier avec l'emploi de moyens propres à diminuer la longueur et les angoisses du travail?

On a dû souvent se faire cette demande en assistant à la réaction qui doit déterminer la sortie du fœtus. Quel déploiement réitéré des forces musculaires! combien de fois ces efforts, en apparence si énergiques, n'ont qu'un faible résultat, on se trouvent entravés par des accès de souffrance qui, loin d'avoir quelque effet utile, compromettent de plus en plus les forces de la femme!

Déjà on est assez généralement d'accord sur l'utilité et l'innocuité de la poudre obstétricale, non-seulement lors d'une inertie complète, mais encore quand le travail paraît languir par le peu d'activité des contractions utérines.

L'expérience sur ce point est d'accord avec l'examen raisonné des trois phases de la grossesse. Dans les trois premiers mois, l'élément nerveux prédomine; alors la disposition aux spasmes est incontestable. Dans les trois mois suivans, l'élément sanguin prend le dessus, et rend bien souvent les saignées nécessaires. Dans les trois derniers mois, c'est l'état lymphatique que l'on observe, avec la disposition asthénique qui s'y joint communément. Ces dernières conditions, qui sont surtout distinctes dans les grandes villes, mettent ainsi quelquefois dans la nécessité de recourir au seigle ergoté.

Mais l'inertie utérine peut s'allier à l'éréthisme et même en être la conséquence; alors, pour rétablir l'activité musculaire de la matrice, on doit d'abord modérer la sensibilité. C'est le plan à suivre quand le travail languit par sa complication avec les spasmes lombaires.

Ces spasmes, qu'on appelle *fausses douleurs*, surviennent bien souvent lorque les fibres utérines tendent à se contracter, et le col de l'utérus à s'élargir. L'effort des parties contenantes sur les parties contenues avorte à chaque instant, par une réflexion douloureuse des impressions vers les origines des nerfs ou vers les plexus voisins de ces origines.

Tous les praticiens ont remarqué que les douleurs lombaires se combinaient avec les vraies douleurs, et se trouvaient souvent en proportion plus grande que ces dernières.

Ces douleurs lombaires, sans aucun résultat directement utile, doivent-elles être respectées en raison de leur avantage indirect? je ne le pense pas. Elles peuvent nuire au système des forces et ralentir la contractilité musculaire dont l'énergie est si fréquemment en antagonisme avec celle de la sensibilité.

Ce rapport des deux propriétés résulte de faits observés en d'autres circonstances; la pratique des accouchemens aurait même suffi pour le faire admettre. Ne sait-on pas que les femmes dont la parturition est plus énergique souffrent moins, et que le travail est plus lent chez celles qui sont le plus tourmentées par de vives douleurs?

L'opium rétablit un rapport convenable entre la sensibilité et la contractilité. En affaiblissant l'activité de la première, il augmente l'énergie de la seconde, et nous rappelle les résultats que les Orientaux en obtiennent pour accroître l'intensité de leurs forces musculaires. Ainsi on ne craindra pas que les préparations opiacées ralentissent le travail. Elles auront encore une influence éloignée sur le moindre degré de l'excitabilité morale et physique qui accompagne ordinairement la parturition.

Le raisonnement fondé sur les analogies et les notions physiologiques se trouve donc favorable à l'opium pour la circonstance dont nous parlons.

Je ne sais si l'expérience d'autres praticiens a sanctionné ce moyen; mais ce que je puis assurer, c'est que souvent je me suis applaudi d'y avoir eu recours, ainsi que le prouveront les observations suivantes :

Obs. I. — Madame C..., souffrait depuis plusieurs jours dans les régions lombaires, quand le travail définitif se prononça au terme naturel d'une première gros-

sesse. L'orifice du col utérin avait acquis le diamètre d'un pouce et demi environ. Quelques vraies douleurs, accompagnées de tension des membranes, alternaient avec des douleurs bien plus intenses, qui, s'arrêtant aux lombes, en arrachant des cris à la patiente n'avaient aucune influence sur le progrès de l'accouchement.

D'après le conseil de quelques accoucheurs, notamment de M. Capuron, une alèze placée sous les reins, servait à soulever la femme lors de ses souffrances vaines; mais ce moyen ne procurait que peu de soulagement.

Six heures s'étaient écoulées ainsi sans changement. Cependant la position de l'enfant était convenable, aucun accident ne pouvait décider à l'emploi de la main ou du forceps. Il fallait ou se borner à l'expectation, conduite que j'adoptais ordinairement, ou recourir à la poudre obstétricale, moyen que j'employais quelquefois, mais que je craignais de mettre en usage dans cette circonstance, en raison de la bonne constitution et du degré suffisant des forces, qui, au lieu d'entretenir les contractions, étaient absorbées par l'exagération de la sensibilité. Il restait encore à recourir à la saignée; mais l'orgasme vasculaire et la rigidité du col utérin n'étaient pas assez prononcés pour motiver la phlébotomie.

Je pensai qu'en modérant la sensibilité, je déterminerais les forces à s'employer uniquement pour les contractions de l'utérus et des muscles auxilliaires. J'ordonnai une potion avec laudanum (24 gouttes), à prendre par cuillerée à bouche au moment de chaque fausse douleur.

Bientôt des contractions efficaces eurent lieu, et ne furent plus neutralisées par le vain exercice de la sensibilité. Le travail fit des progrès rapides et se termina de la manière la plus heureuse. Une heure s'était à peine écoulée depuis la première cuillerée de la potion.

Ce résultat avantageux me détermina à recueillir d'autres faits relativement à ce point de pratique.

Obs. II. Madame M... était restée en proie pendant 18 heures aux plus vives douleurs lombaires dans un premier accouchement; l'épuisement des forces avait mis dans la nécessité de terminer avec le forceps.

Quinze mois après, nouvelle grossesse qui parut se prolonger jusqu'à la fin du dixième mois. Le volume considérable du ventre faisait présumer l'existence d'une grande quantité d'eau. La constitution était bonne; l'embonpoint assez prononcé. Cette femme accoutumée à une vie sédentaire avait peu de vivacité. Quelques bains avaient été pris dans les derniers temps de la grossesse.

Le travail se déclara le 1er juillet 1833, le soir, par des douleurs rares et faibles qui se prolongèrent dans la nuit.

Je fus appelé le lendemain à 6 heures du matin. La poche des eaux était intacte; la tête, encore au détroit supérieur, se présentait dans la première position; le col utérin était souple et dilaté; les douleurs rares ne produisaient que peu de tension des membranes et de raideur au col de l'utérus.

La poudre de seigle ergoté fut donnée trois fois à la dose de 5 grains chaque fois, dans de l'eau de menthe et de fleurs d'oranger alternativement. La poche des eaux fut rompue une heure après. Le travail n'en éprouva aucune modification.

Bientôt les fausses douleurs lombaires se firent sentir exclusivement. Pendant ces douleurs qui arrachaient des cris déchirans et provoquaient des mouvemens convulsifs des membres, le globe utérin et les muscles abdominaux ne présentaient aucun resserrement; le col de l'utérus et la tête du fœtus n'offraient aucun changement.

Il existait une chaleur générale et le pouls était assez fort, peu fréquent. Cet état avait persévéré pendant une heure et demie, quand je me rappelai les bons effets que j'avais obtenus dans de pareilles circonstances des préparations opiacées à l'intérieur. Je fis prendre par cuillerée à bouche, immédiatement après chaque fausse douleur, une potion avec laudanum de Sydenham (30 gouttes). Dès la troisième cuillerée, les douleurs lombaires cessèrent. A celles-ci succédèrent de vraies douleurs efficaces, agissant sur la tête du fœtus et sur le col utérin. Les parois abdominales et le globe utérin se resserraient pendant ces douleurs, qui n'excitaient plus ni cris ni jactitations, et qui bientôt coexistèrent avec les frissons, signes du travail définitif.

Interrogée sur les souffrances qu'elle éprouvait, la femme dit que pendant les vraies douleurs elle se trouvait soulagée, en comparaison des déchiremens qu'elle ressentait pendant les fausses douleurs. La potion fut continuée pourtant immédiatement après chaque contraction utérine qui devenait de plus en plus énergique; de telle sorte que la tête, qui se trouvait encore au-dessus du détroit supérieur et qui permettait de saisir le pourtour du prolongement vaginal du col utérin avant la potion, franchit bientôt celui-ci, et l'accouchement fut terminé en moins d'une demi-heure. Pendant tout le temps des fausses douleurs, cette femme pouvait à peine supporter l'attouchement du col utérin; depuis les vraies douleurs cette sensibilité avait cessé.

On doit remarquer que le seigle ergoté n'a produit dans cette circonstance aucun résultat favorable. Quand son action ne se prononce pas un quart d'heure, au plus une demi-heure après l'administration de 15 à 20 grains, il ne faut plus compter sur ses effets; et l'on doit se décider pour l'opium si les conditions précédentes se présentent.

On doit aussi faire attention au frisson qui a suivi l'emploi de quelques cuillerées de la potion laudanisée.

Ainsi l'opium a commencé son action par une diminution de la sensibilité et par un accroissement de contractilité; ses effets ordinaires sur le système capillaire et la grande circulation ne se sont pas prononcés d'abord comme ordinairement.

Obs. III. — Une femme de 18 ans, bien constituée, me fit appeler le 27 juillet 1833, vers le milieu du jour. Elle se trouvait au terme naturel d'une première grossesse parcourue sans incommodités bien notables.

Depuis plusieurs heures, des douleurs se faisaient sentir principalement dans les régions lombaires, sans tension simultanée à l'orifice utérin qui ne pouvait pas admettre l'extrémité de l'indicateur.

Le 28 juillet, à dix heures du matin, cet orifice avait un diamètre de dix lignes environ ; le disque membraneux ne témoignait qu'à de longs intervalles l'existence de faibles contractions, et le plus souvent de souffrances vaines qui arrachaient des cris à la patiente.

A trois heures de l'après-midi, le travail était au même point. Il me parut alors évident que la parturition était entravée par deux circonstances, la faiblesse et l'éréthisme, quoique la constitution de la femme indiquât des forces suffisantes en réserve. Je pouvais craindre qu'en me bornant à l'expectation, la faiblesse devînt enfin réelle. Je saisis les deux indications : modérer l'exaltation de la sensibilité et ranimer les contractions. Une potion de 5 onces avec laudanum de Sydenham (30 gouttes), fut donnée par cuillerée immédiatement après chaque fausse douleur.

Ce mode de souffrance ayant été modéré après quatre cuillerées ainsi administrées, et les vraies douleurs quoique plus intenses que précédemment étant encore peu prononcées, j'alternai chaque cuillerée de la potion calmante avec une cuillerée d'eau contenant 5 grains environ de seigle ergoté pulvérisé. Je finis même par donner chaque dose de seigle ergoté dans une cuillerée de la potion.

Les efforts furent plus réitérés, plus soutenus et incomparablement plus tolérables que les fausses douleurs.

Le travail était terminé à cinq heures du soir. La dernière cuillerée de la potion venait d'être administrée, et 30 grains environ de seigle ergoté avaient été employés.

L'enfant était bien portant. La femme a été exempte de tout accident.

Lorsque je me suis décidé à seconder le travail par un moyen médicamenteux, les fausses douleurs dominaient, et l'on pouvait penser que les contractions se ranimeraient après la diminution de l'éréthisme ; l'opium a dû en conséquence être d'abord administré. Mais l'effet sédatif de cet agent thérapeutique n'ayant pas donné lieu au développement des forces expultrices, j'ai dû recourir au seigle ergoté. D'abord alterné, puis simultanément employé avec le premier moyen, il a soutenu l'énergie du travail qui, abandonné à lui-même, aurait été très-long, très-pénible, et peut-être aurait nécessité le forceps en raison de l'épuisement progressif de la femme.

Emploi successif du Laudanum et du seigle ergoté ; formation d'une tumeur sanguine à la vulve et au périnée immédiatement après l'accouchement ; traitement de cette tumeur sanguine par les injections dans le foyer.

Obs. IV. — Madame G..., âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, devenue enceinte deux mois après son mariage, eut une grossesse compliquée par des accidens nerveux, tels que défaillances et vapeurs, oppression, vomissemens, douleurs vagues, etc.

Les premières douleurs de l'enfantement se déclarèrent dans la soirée du 5 août 1833. A huit heures du soir l'orifice utérin avait un pouce de diamètre ; quelques douleurs se faisaient sentir, les unes plus faibles, avec tension modérée des membranes ; les autres beaucoup plus aiguës, sans aucun effort sur le disque membraneux. Le travail avait fait peu de progrès à 10 heures du soir, et à minuit, la sensibilité paraissait s'exalter de plus en plus au détriment des contractions. Madame G... disait à tout instant que les souffrances allaient être au-dessus de ses forces. Une potion avec 30 gouttes de laudanum est donnée par cuillerée à bouche après chacune des douleurs, qui deviennent plus supportables et plus efficaces.

Cependant à une heure du matin l'orifice étant presque complétement dilaté et la tête tardant trop à le franchir par un ralentissement des contractions, l'emploi du seigle ergoté me parut indiqué. Je le donnai pulvérisé à la dose de 5 grains de cinq en cinq minutes, chaque fois dans une cuillerée à bouche d'eau de menthe. J'en fis prendre ainsi 25 grains. Le travail se ranima ; la tête était au détroit inférieur une demi-heure après, et à deux heures du matin l'accouchement était terminé.

Au moment de la sortie de la tête, le périnée fut soutenu et tout semblait s'être accompli sans accident. La mère et l'enfant se trouvaient en apparence dans les meilleures conditions.

Quelques minutes après, la nouvelle accouchée se plaignit d'une vive douleur vers le coccyx et à la vulve. On pouvait attribuer cette sensation aux efforts que venait d'exercer la tête du fœtus sur la fin du canal utéro-vulvaire. Mais plusieurs heures après, la persistance de la douleur, et l'indication faite par la malade d'un engorgement dans le lieu de la souffrance déterminèrent à un examen attentif.

La grande lèvre gauche et le côté correspondant du périnée présentaient un gonflement du volume du poing. La tumeur était rouge, livide, rénitente, sans pulsations, très-sensible, mais sans beaucoup de chaleur. Je crus devoir m'abstenir des résolutifs ; ils auraient pu contrarier l'écoulement qui succède à la sortie du fœtus et qui chez le sujet de l'observation était très-modéré.

Les choses étaient dans le même état le quatrième jour ; la fièvre de lait ayant eu lieu à l'époque ordinaire et sans phénomènes insolites. Seulement jusque-là, ainsi que les jours suivans, l'excrétion des urines ne pouvait avoir lieu qu'à l'aide le l'écartement des grandes lèvres. Des sangsues et des cataplasmes émolliens modérèrent la douleur ; les cataplasmes résolutifs furent ensuite employés.

Le neuvième jour, l'engorgement étant plus sensible, et madame G... accusant dans le vagin du côté malade une vive douleur qui avait empêché le sommeil pendant la nuit, je reconnus dans ce canal, à un pouce et demi

de la grande lèvre gauche et à égale distance de la commissure périnéale de la vulve, un orifice qui pouvait admettre aisément le doigt indicateur. Cet orifice conduisait à une cavité renfermant un corps arrondi, souple, et fluctuant quand on pressait sur l'engorgement périnéal.

Deux conjectures pouvaient être faites sur la nature du corps arrondi touché par l'orifice accidentel du vagin : il s'agissait d'une agglomération de caillots ou d'une collection purulente enkystée. La maladie était trop récente pour permettre cette dernière supposition; toutefois pour dissiper les doutes une sonde de femme fut introduite par l'orifice accidentel du vagin; un peu de sang coagulé pénétra dans la sonde et en obstrua les yeux. Le doigt, engagé de nouveau par cet orifice accidentel, fut enfoncé dans le corps arrondi que renfermait la tumeur et ramena quelques débris de sang coagulé noirâtre et inodore, sans donner lieu à aucun écoulement de pus. On ne pouvait plus alors méconnaître un amas de caillots.

Ce trombus considérable avait eu pour cause une compression brusque exercée par la tête du fœtus. Quelques ramifications vasculaires rompues avaient permis une effusion sanguine dans le tissu cellulaire.

L'ouverture dans le vagin était-elle le résultat de la séparation d'une escarre, d'une inflammation ulcérative, ou d'une déchirure pendant le travail? Cette dernière opinion paraissait plus fondée. D'abord le pourtour de cet orifice présentait une section nette et anguleuse; ensuite le défaut de fétidité éloignait l'idée d'une gangrène partielle, et ne permettait guère plus d'admettre le second mode de formation, l'inflammation ulcérative survenant aux parois des foyers sanguins seulement lorsqu'il s'est formé une collection purulente autour des caillots, qui alors passent promptement à la fermentation putride.

L'indication à remplir était évidente; il fallait donner issue aux caillots; mais le moyen pour y parvenir pouvait consister dans une incision au périnée, ou dans des injections par l'orifice accidentel du vagin. Ce dernier mode de traitement parut plus convenable; sans être autant douloureux que l'autre, il promettait un résultat aussi certain. En conséquence, des injections d'orge miellé furent faites dans le foyer à l'aide d'une seringue à syphon recourbé et à bout percillé. Une compression était exercée sur la tumeur à la suite de chaque injection pour faciliter la sortie du liquide.

Dans cette première séance, des caillots s'échappèrent successivement en quantité suffisante pour remplir la moitié d'un verre ordinaire. Le lendemain, matin et soir, les injections furent réitérées; mais le matin seulement on put encore faire sortir deux cuillerées environ de sang coagulé. Le troisième jour, les injections n'amenèrent que quelques petits grumeaux de sang. Le liquide qui s'écoulait de la tumeur étant devenu un peu fétide, on ajouta du chlorure de soude aux injections. Le quatrième jour, les parois du foyer étaient revenues sur elles-mêmes; l'orifice accidentel pouvait difficilement admettre un siphon de petit calibre.

La malade se levait, et lorsqu'elle s'appuyait sur le siége, un peu de matière comme lochiale, s'écoulait par l'orifice vaginal du foyer. Un looch avec l'huile de ricin fait cesser une constipation qui durait depuis plusieurs jours. Le cinquième jour, la tumeur est presque entièrement effacée; l'orifice très rétréci ne peut permettre les injections; plus de matières purulentes quand la malade s'assied. Le septième jour plus d'écoulement; un peu de tiraillement dans la tumeur pendant la station et la marche. Quelques jours après, départ pour la campagne; la santé était complétement rétablie et s'est maintenue.

Cette observation montre d'abord les avantages qu'on peut obtenir par l'emploi du laudanum et du seigle ergoté; elle intéresse aussi par le trombus qui a suivi la délivrance. Cet accident, rare aux grandes lèvres, plus rare encore lorsqu'il se forme en dehors du vagin et fait saillie au périnée, occupait ces deux régions en même temps.

Les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'observer et qui ont pris soin de recueillir les faits de ce genre, s'accordent pour l'incision prématurée de la tumeur ou pour l'agrandissement de l'ouverture qui se serait faite spontanément.

M. Deneux surtout donne ce précepte et motive son opinion sur l'examen raisonné des observations nombreuses qu'il a rassemblées dans son excellente monographie.

Un autre plan de traitement a été adopté pour madame G... Les injections, faites avec les précautions mentionnées, ont procuré une complète guérison. J'aurais indiqué les raisons qui m'ont déterminé à me conduire ainsi en cette circonstance; j'aurais aussi montré en quoi l'observation relatée ressemble à d'autres analogues et en diffère; mais toutes ces considérations auraient été étrangères au sujet que je me suis proposé, et j'ai cru plus convenable d'exposer encore deux autres faits sur les avantages de l'opium dans le travail de l'enfantement.

Obs. V. — Madame C... était parvenue au terme naturel d'une seconde grossesse passée sans phénomènes insolites. Les premières douleurs de l'enfantement se déclarèrent dans la journée du 2 septembre 1833. Le soir, l'orifice appliqué contre la paroi postérieure de l'excavation pelvienne présentait une dilatation d'un pouce et quelques lignes. La poche des eaux se tendait faiblement, et le plus souvent pas du tout à chaque douleur, qui se reproduisait de quart d'heure en quart-d'heure. Je m'absentai jusqu'à onze heures du soir; alors l'orifice avait doublé de diamètre et se présentait au centre de l'excavation. Après une heure d'attente, l'état des parties n'avait presque pas changé; les contractions étaient très-faibles et ne s'entremêlaient que rarement de fausses douleurs; le col de l'utérus était souple; on ne remarquait aucun signe d'excitation générale; seulement des frissons avaient lieu de temps en temps.

Je crus pouvoir mettre en usage le moyen que l'expérience a fait connaître pour exciter le travail. Le

seigle ergoté fut administré en poudre à la dose de 5 grains de dix en dix minutes, ordinairement après chaque douleur, et chaque fois délayé dans une cuillerée à bouche d'eau de fleurs d'oranger.

La femme prit environ 30 grains de cette poudre ainsi administrée. Dans cet intervalle, les contractions avaient pris plus d'intensité. A une heure et quart du matin, le col utérin, presque entièrement effacé, semblait d'un instant à l'autre devoir être franchi par la tête; la poche des eaux était rompue depuis vingt minutes. Alors se déclarèrent de violentes douleurs lombaires presque sans interruption avec agitation générale et cris déchirans.

Cet état nerveux durait depuis un quart d'heure sans vestiges de contractions. Une potion avec 30 gouttes de laudanum, et préparée d'avance, fut donnée par cuillerée à bouche immédiatement après ou pendant chaque accès de souffrance. Après cinq cuillerées de cette potion, les contractions revinrent avec force, et en procurant même une sorte de soulagement. Le travail n'eut plus d'interruption, et un peu avant deux heures du matin, la vulve avait été franchie par l'enfant, qui se trouvait, ainsi que la mère, dans les meilleures conditions. La potion fut continuée pour modérer les tranchées et l'éréthisme qui accompagnent les accouchemens.

Chez cette femme l'inertie a d'abord été la circonstance remarquable dans le cours du travail. Les fausses douleurs n'ont appelé l'attention qu'au moment où l'orifice utérin, presque complétement dilaté, se trouvait comprimé contre la symphise par la tête du fœtus. Les efforts d'expulsion auraient pu assez long-temps encore être enrayés par les réflexions de sensibilité vers les plexus lombaires, si j'avais négligé d'avoir recours à l'opium.

Obs. VI. — Une femme âgée de 20 ans, bien constituée et se livrant habituellement à des travaux assez pénibles qu'exigeait sa profession de blanchisseuse; ressentit les premières douleurs de l'enfantement dans la soirée du 28 septembre 1833; elle était enceinte pour la première fois et se trouvait au terme naturel de sa grossesse.

Appelé le lendemain à une heure du matin, je trouvai un pouce et demi environ de diamètre à l'orifice utérin, tourné vers la paroi postérieure de l'excavation pelvienne. Les bords de cet orifice étaient souples; la poche des eaux s'était rompue depuis quelque temps; les contractions étaient rares et faibles. La tête se présentait dans la seconde position. Après une demi-heure d'attente, point de progrès. Aucune contre-indication ne paraissait s'opposer à l'emploi du seigle ergoté, j'administrai celui-ci par doses de 5 grains toutes les cinq minutes, chaque fois dans un peu d'eau sucrée. La femme prit ainsi 30 grains de cette substance. Une 1/2 heure après la dernière dose, les contractions devinrent plus énergiques et plus rapprochées. Mais bientôt elles furent enrayées par des douleurs qui s'arrêtaient aux lombes, et qui ne s'accompagnaient d'aucun effort sur la tête du fœtus. Le travail n'éprouva aucune modification par les promenades dans l'appartement.

D'après l'expérience que j'avais acquise dans les circonstances analogues, je me décidai à l'emploi du laudanum de Sydenham. Une dose de 5 gouttes fut administrée dans une cuillerée à bouche d'eau sucrée. L'effet de cette petite quantité fut presque immédiatement une détermination à parcourir la chambre avec rapidité et à plusieurs reprises. Les douleurs de reins se modérèrent et permirent le retour des contractions utérines; mais le ralentissement de celles-ci coïncidant de nouveau avec des accès de souffrance, la dose de laudanum fut réitérée et provoqua l'action des fibres de la matrice en modérant l'éréthisme lombaire. L'indication se reproduisit encore trois fois et fut remplie avec les mêmes résultats que précédemment. Trente gouttes avaient été données; le travail avait fait de grands progrès; les contractions étaient soutenues; l'orifice utérin était complétement dilaté; la tête avait franchi le détroit supérieur. Dès lors, le trajet ultérieur ne se trouvait plus empêché que par la présence de l'occiput au-dessus du rebord antérieur du col utérin, qui se trouvait vivement pressé contre la symphyse. Ce rebord s'appuyait à chaque contraction sur la fontanelle postérieure. D'un moment à l'autre, cette partie pénible du travail pouvait être accomplie. La femme s'impatientant beaucoup, j'engageai et j'appliquai exactement la branche droite du forceps. Je me disposais à introduire la branche gauche et à la réunir à la première, quand l'occiput franchit l'obstacle et se présenta à la vulve. Le reste de l'accouchement fut terminé au bout de quelques minutes. La délivrance n'offrit aucune particularité notable. La femme fut presque exempte de tranchées; la fièvre de lait eut lieu à l'époque ordinaire et fut très-modérée par le soin de faire observer la diète avant son invasion et pendant sa durée. L'enfant réunissait toutes les conditions désirables.

Le seigle ergoté a soutenu les contractions de l'utérus et des muscles synergiques, jusqu'à ce que son influence ait été neutralisée par les douleurs lombaires qui éludent cet agent thérapeutique.

L'obstacle a disparu par l'administration de l'opium, et les forces en réserve ont pu se développer librement. On peut même penser que le laudanum a précipité le travail, non-seulement en modérant la sensibilité trop exaltée, mais encore en excitant directement la contractilité. Ce qui autorise cette conjecture, c'est l'activité musculaire qui a suivi presque immédiatement l'emploi de l'opium, et qui s'est exprimée par les promenades rapides, je pourrais même dire les courses de la femme dans son appartement.

Je pourrais multiplier les faits, mais ceux que j'ai cités peuvent établir l'importance de la médication. On a vu que l'opium a quelquefois suffi; que d'autres fois on a dû lui faire succéder le seigle ergoté, ou réciproquement; que dans ces deux dernières circonstances l'emploi de l'un des moyens après l'autre n'a pas exclu le premier, mais qu'ils ont dû être administrés alternativement ou simultanément. Lorsque les effets modérateurs de l'opium n'ont pas été suivis d'un développement

d'énergie expultrice, les forces musculaires n'étaient pas seulement opprimées, mais tendaient à la résolution. On a remarqué que les effets de cette substance se montraient promptement, et différaient d'une manière remarquable des résultats qui suivent son usage dans le lombago.

C'est que ce dernier mode de douleur tient à des conditions locales presque exclusivement, tandis que les douleurs lombaires, lors de l'enfantement, se lient à un état d'activité de tout le système nerveux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

De quelques innovations renouvelées des grecs, à propos des dernières discussions élevées à l'Académie de médecine de Paris, sur la présentation du bras dans l'accouchement; par M. Chandru.

Ce titre, quelque peu singulier, ne tient pas même ce qu'il promet, car la seule innovation en fait d'accouchemens que l'auteur mentionne, n'a jamais été considérée comme telle. Il s'agit du précepte de tenter la version par les pieds dans les cas de présentation du bras. M. Chandru a retrouvé ce précepte « dans un manuscrit précieux de M. Jean-Baptiste Damas, élève en chirurgie en l'année 1759, qui rapporte dans un volume de 425 pages, avec ses plus petits détails, un cours complet d'accouchemens entremêlé des maladies des femmes et des enfans, par Jean-Louis Petit. » Il serait très-facile d'abord de faire remonter ce précepte à une date de beaucoup antérieure; mais une question bien plus intéressante serait celle de l'authenticité et de la valeur du manuscrit. Malheureusement, sans chercher si J.-L. Petit a jamais fait des cours d'accouchemens; il n'est que trop certain qu'il n'a pu en faire en 1759; J.-L. Petit est mort en 1750. A quel professeur du même nom faudrait-il rapporter ces leçons? serait-ce à Antoine Petit, docteur régent de la faculté de Paris, qui a en effet écrit quelque chose sur le mécanisme de l'accouchement? La question ne vaudrait la peine d'être discutée, qu'autant que le cours en lui-même offrirait une valeur réelle. Or, autant qu'il est permis d'en juger par les extraits déjà publiés, on peut sans inconvénient laisser dans leur oubli et l'auteur et le livre. Ainsi, quand le bras est hors de la vulve, gonflé, *gangréné*, les parties génitales de la femme tuméfiées, l'utérus rétréci, contracté, le professeur recommande « d'insinuer doucement la main dans l'utérus, et par l'endroit le plus commode, pour aller chercher les pieds *et les tirer avec toute la force dont on est capable. Si un seul homme ne peut pas terminer l'accouchement, il faut céder la place à un autre, et même à un troisième si cela est nécessaire.* » Voici quelque chose de bien plus fort, soit pour la théorie, soit pour la pratique : « L'espèce la plus grave dans la position du bras est celle-ci : le coude porte sur le pubis, le poignet sur le sacrum, ou bien en sens contraire; tous les efforts sont souvent inutiles pour changer cette situation; la tête, d'ordinaire, est appuyée sur l'avant-bras barré. Cette position est des plus facheuses et des plus terribles. L'unique moyen qu'on ait alors pour délivrer la femme, est de porter la main dans l'utérus, de saisir les pieds, les bras, les tordre et les séparer. Mais la difficulté est de les trouver ».

Nous ne relèverons pas tout ce qu'il y a d'absurde dans ces passages, bons tout au plus à rappeler pour l'histoire de l'art; et nous aurions passé le tout sous silence, si le premier de ces préceptes, celui que nous avons souligné, ne semblait recommandé comme *sage et humain* par un journal dont nous avons souvent loué l'esprit judicieux et la rédaction habile, et qui, parmi nos journaux de province, a le plus droit peut-être de faire autorité.

Lésion passagère des fonctions des nerfs pneumo-gastriques; par le docteur Arthaud.

Nous analysons ici le fait rapporté par M. Arthaud, et les réflexions dont il l'accompagne. La pathologie du système nerveux et spécialement des nerfs pneumo-gastriques, est encore si peu avancée, que l'on doit recueillir avec empressement tous les faits qui peuvent jeter quelque jour sur cette partie importante et jusqu'ici si peu cultivée des études médicales, quelque doute que l'on conserve du reste sur l'exactitude du diagnostic.

Obs. — M. A..., âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin bien prononcé, me fit appeler le 7 août. M'étant rendu auprès de lui, j'appris qu'il était allé la surveille aux courses de Gradignan, et qu'il était resté plus de six heures à cheval. Le soir, lorsqu'il rentra chez lui, il se plaignait d'un violent mal de tête; il prit un bain de pied et se coucha. Dans la nuit, de fortes palpitations de cœur l'empêchèrent de dormir. Le lendemain, malgré la gêne de la respiration et la douleur de tête qu'il éprouvait, il voulait se rendre à son comptoir; mais il ne put long-temps se livrer à ses occupations. Le malaise persistant, ce ne fut que le surlendemain du jour où M. A... commença à souffrir, que je fus consulté. Il était alors dans l'état suivant : Peau décolorée; face flétrie; yeux cernés; pouls irrégulier; pulsations du cœur tumultueuses; respiration lente, gênée, incomplète; langue légèrement saburrale, mais pâle, ainsi que la muqueuse buccale. Le doigt introduit dans la bouche ne perçoit pas la sensation de chaleur que la température ordinaire de cette cavité fait éprouver. Le malade rend beaucoup de vents par haut; le ventre n'est sensible en aucune de ses parties; la tête est pesante et douloureuse vers la région occipitale; le malade parle à voix basse; la phonation a

presque entièrement disparu; car ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts que le malade peut faire entendre sa voix, encore est-elle sourde, faible et voilée. Le malade éprouve de légers frissons et un peu de raideur dans les articulations.

Quelques-uns des symptômes pouvaient faire redouter l'invasion d'un cas de choléra; cependant l'absence des phénomènes les plus caractéristiques suffit pour rassurer, et l'on prescrivit des boissons chaudes et légèrement stimulantes; on fit couvrir le malade plus qu'il ne l'était. Le soir, la réaction sur laquelle on comptait n'ayant pas eu lieu, la douleur de tête persistant, on pratiqua une large saignée et l'on fit remplacer l'infusion de sauge par une tisane de fleurs de guimauve. Le lendemain, le malade était dans un léger état d'exaltation; les douleurs de tête avaient disparu; la peau était chaude, halitueuse; le pouls un peu élevé, mais régulier; la respiration plus facile; la voix avait repris son timbre naturel. Les suites de la maladie furent sans gravité; les boissons émollientes, la diète, le repos, calmèrent cette excitation, produit de la réaction qui s'était opérée, et deux jours après le malade reprit ses occupations.

Cette maladie, dit l'auteur de l'observation, a présenté peu de gravité; mais si la congestion cérébrale n'avait pas cédé à la saignée, il est très-probable que les troubles de la respiration et de la circulation auraient persisté. Le sang se serait extravasé et accumulé dans le tronc cellulaire du parenchyme du poumon, des coagulations se seraient formées dans les cavités du cœur et dans les vaisseaux pulmonaires, la glotte n'aurait laissé à l'air qu'un passage insuffisant, et la mort serait survenue par asphyxie, comme chez les animaux chez lesquels on a suspendu, par la ligature ou la section, l'action des pneumo-gastriques.

Bien que ces réflexions de M. Arthaud nous semblent assez justes, cependant nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que les nerfs pneumogastriques sont ordinairement des derniers atteints par la compression exercée sur l'encéphale. Les organes de la sensibilité et des mouvemens ont ordinairement suspendu leurs fonctions, l'intelligence est ordinairement abolie avant que les fonctions de la respiration et de la circulation offrent quelque altération appréciable. Aussi, dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, la lésion de la respiration est-elle d'un pronostic très fâcheux, car elle n'a lieu que quand l'altération organique est tellement grave que toutes les autres fonctions ont été abolies en même temps ou antérieurement. Il faudrait donc, pour supposer qu'une congestion cérébrale n'agit que sur les organes de la respiration, comme dans le cas que nous venons de parcourir, supposer aussi que cette congestion est bornée exclusivement aux parties du cerveau ou de la moelle allongée d'où sortent les racines des nerfs pneumogastriques.

HÉMIPLÉGIE GAUCHE; ÉLECTRISATION; GUÉRISON PRESQUE COMPLÈTE; par M. BOUSSIRON.

L'électricité est un des moyens thérapeutiques les plus rarement employés, et dont cependant on devrait attendre le plus de succès dans certains cas; mais, grâce au charlatanisme qui s'en est emparé et a voulu en faire un remède universel, l'emploi de l'électricité est tombé en désuétude, et nous croyons pouvoir affirmer que, dans un certain nombre de cas où elle pourrait être utile, elle est ordinairement négligée. L'envahissement du charlatanisme n'est cependant pas la seule cause qui ait contribué à la faire négliger; on doit aussi en accuser la croyance qui a régné pendant quelques années et est encore aujourd'hui partagée par un grand nombre de médecins, savoir que, dans tous les cas, la paralysie (dans le traitement de laquelle l'électricité est employée avec le plus de succès) dépend d'une altération organique; et comme l'électricité est rarement utile dans ces cas, on a été amené à y renoncer. Cependant, puisqu'on commence à admettre de nouveau que la paralysie peut dépendre de causes autres qu'une altération appréciable, il nous semble important de faire connaître les faits propres à appuyer cette opinion, et le suivant nous paraît de cette nature.

OBS. — Madame B..., âgée de 56 ans, d'une forte constitution, avec tempérament bilioso-sanguin, jouissait depuis deux ans de la santé la plus florissante, lorsque le 12 avril, sans avoir éprouvé préalablement la plus légère indisposition, elle fut tout à coup frappée d'une hémiplégie de tout le côté gauche; elle conserva ses facultés intellectuelles, à l'exception des premières heures qui suivirent l'attaque. La sensibilité, quoique plus obtuse que de l'autre côté, était cependant conservée dans les membres supérieur et inférieur gauches; la motilité était complétement abolie. Des émissions sanguines locales et générales répétées, les révulsifs, firent disparaître les symptômes les plus graves; mais l'état de la malade était toujours inquiétant; la parole était difficile; c'est à peine si on entendait les mots qu'elle bégayait. La salive coulait continuellement au niveau de la commissure gauche des lèvres. La déglutition était très-difficile. La vessie, dont la capacité s'était singulièrement accrue, s'élevait jusqu'à l'ombilic; l'urine ne coulait que par régurgitation. La constipation était habituelle; il y avait dans les membres paralysés des crampes presque continuelles et extrêmement douloureuses. Au bout d'un mois, ces symptômes avaient offert une légère amélioration; mais alors un œdème considérable ayant envahi toute la face et tout le côté gauche, madame B... vint à Bordeaux et fut soumise à l'électricité par le docteur Bermond.

La première séance dura une heure, et à la suite la malade, qui ne pouvait auparavant se soutenir sur les membres inférieurs qu'appuyée sur deux aides, se tint debout seule, eut même la force de faire une légère flexion sur les jambes et de se relever ensuite seule.

Le lendemain; après la seconde épreuve, les traits de la face paraissaient plus réguliers; l'ouïe était plus nette; l'œdème avait un peu diminué; une sueur abondante couvrit bientôt toute la peau.

M. Bermond crut devoir attendre que l'excitation déterminée par ces deux séances fût calmée, et la troi-

sième n'eut lieu qu'au bout de deux jours. Dès ce moment, l'amélioration devint manifeste; mais en même temps un phénomène très-curieux à observer se manifestait : le pouls prit un développement et une force extraordinaires ; la face, qui était ordinairement pâle, devint rouge et vultueuse; la respiration parut un peu embarrassée. La diète, une tisane mucilagineuse, quinze sangsues à l'anus et un purgatif firent bientôt disparaître cet état de pléthore, et après la vingtième séance, la malade se sentit assez bien sans avoir subi aucune autre médication pour pouvoir retourner dans son pays.

II. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

EMPOISONNEMENT PAR LES BAIES DE LA BELLADONE.

M. Godemer, chirurgien en chef de l'hôpital de Domfront, rapporte, dans un mémoire présenté à la société, un exemple remarquable de cet empoisonnement, que nous croyons devoir consigner ici.

Le 8 octobre 1811, pendant la récréation à l'hôpital de Domfront, onze femmes de divers âges s'arrêtèrent dans un jardin, près d'un pied de belladone chargé de fruits; elles en mangèrent les unes plus, les autres moins, et personne n'éprouva d'accidens immédiatement; mais vers 9 heures du soir elles se plaignirent d'envies de vomir, de mal de tête, de douleur à la gorge, d'éblouissemens et d'angoisses ; quelques-unes même furent prises de douleurs de ventre avec bouche sèche et soif ardente, de bâillemens, de vertiges, de délire sans fureur, etc.

Appelé à 10 heures, M. Godemer ordonna de l'eau émétisée, des boissons vinaigrées, des lavemens d'eau de mauve vinaigrée. Plusieurs rendirent par le vomissement quelques-uns de ces fruits presque dans leur entier. De l'eau tiède à grandes doses, de l'huile d'amandes douces et des lavemens émolliens, furent les principaux moyens employés pour les malades qui étaient dans l'agitation. Celles qui étaient dans un état d'engourdissement et de sommeil, insistèrent sur l'usage de l'eau vinaigrée en boisson et en lavemens. Aucune des onze n'a succombé.

Il paraît, d'après ces faits, que le fruit de la belladone a des propriétés beaucoup moins délétères que les autres parties de cette plante, et surtout que la racine, puisque 15 à 20 grains de cette dernière, détermineraient des accidens aussi graves que ceux observés chez ces onze malades après l'ingestion de plusieurs baies parvenues à maturité. Il est à regretter que M. Godemer n'ait pas précisé le moment où le poison a été pris, mais il paraît certain que plus de trois heures se sont écoulées avant la manifestation des premiers accidens.

ÉTAT CONVULSIF PRODUIT PAR DES PLANTES VÉNÉNEUSES

Obs. — Une fille âgée de 33 ans, atteinte d'une affection de l'utérus avec gonflement de cet organe, faisait usage de demi-lavemens composés de plantes stupéfiantes sèches (belladone, jusquiame et pommes épineuses) et en petite quantité. Un jour, elle fit entrer dans le remède une poignée de chacune de ces plantes à l'état frais, et à peine fut-il administré, qu'elle fut prise d'une véritable dansomanie pendant toute la journée. Enfin, exténuée de fatigue, elle trouva, dans un sommeil de plusieurs heures, un remède à son état convulsif.

TRAITEMENT DE CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES PAR LA DÉCOCTION DE RACINE DE COTON (*genus gossypium*).

Obs.—Une petite fille âgée de 7 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, fut prise, dans les premiers jours de mars 1833, de convulsions épileptiformes, quinze jours après avoir fait une chute dans un escalier. Depuis quelques mois, elle disait que sa vue se couvrait par instans. En avril, les crises devenant très-fréquentes, un vésicatoire fut appliqué au bras gauche. Quelques lombrics ayant été rendus par les selles, on donna une légère infusion de sanguenite (*artemisia maritima*); on employa les bains chauds et entiers. Plusieurs applications de sangsues furent faites derrière les oreilles, au creux de l'estomac et aux cuisses. De l'acétate de morphine fut appliqué à la surface des vésicatoires. Dans la saison des bains de mer, des bains d'eau de mer chaude, puis des bains à la lame, furent pris en assez grande quantité. Tout fut employé sans succès. Les parens de la malade ayant appris qu'à Cayenne on employait avec succès dans les convulsions la décoction de racine de coton, pensèrent à lui en administrer.

Le 17 septembre 1833, l'enfant fut soumis à l'usage exclusif de ce moyen. Les crises furent plus répétées, ainsi que cela arrive. Le remède fut continué pendant un mois, et les crises cessèrent tout à coup sans laisser aucune trace.

L'auteur cite ce fait sans commentaire, faisant cependant remarquer que l'enfant, qui portait de longs cheveux, eut la tête entièrement rasée quinze jours avant la cessation des convulsions. Pour nous, avec quelque faveur que nous accueillions d'ordinaire les faits qui nous annoncent l'acquisition à la thérapeutique de quelque médicament nouveau, nous ne pouvons nous dispenser d'exprimer nos doutes sur l'efficacité du moyen employé dans ce cas, doutes qui sont fondés sur la disparition subite des accidens convulsifs, après que le traitement avait continué pendant un mois entier.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Parmi les faits curieux contenus dans ce recueil, nous trouvons surtout les suivans :

IV. L'OBSERVATEUR MÉDICAL BELGE.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR CONGÉNIALE A LA TÊTE ENLEVÉE AVEC SUCCÈS, par M. Mersseman, professeur à l'école de médecine de Bruges.

Le fait suivant, recueilli avec une richesse et une pré-

cision de détails, quant à la symptomatologie, qui peuvent servir de modèle, concerne une tumeur congéniale d'une nature assez rare, et par sa composition anatomique, et par son vaste et rapide accroissement, et plus encore peut-être par son isolement des parties sous-jacentes, qui a permis d'en obtenir la guérison avec une étonnante facilité.

Obs. — Le sujet de cette observation était un enfant de six semaines, né de parens bien portans, après une grossesse heureuse et un travail tout-à-fait normal qui n'avait duré que quelques heures. La mère avait eu déjà deux autres enfans. La tête de ce dernier s'était présentée par l'occiput : la première partie qui sortit fut une tumeur développée sur cette région, du volume d'un œuf de pigeon ; l'enfant était d'ailleurs très-robuste, et remplissait toutes ses fonctions, bien que, quand il fut présenté à M. Mersseman et à d'autres médecins rassemblés en consultation, la tumeur eût déjà acquis un volume triple de celui qu'elle avait d'abord.

Elle offrait donc la grosseur d'un œuf d'oie, avec des bosselures sur toute sa surface, et elle reposait précisément sur la fontanelle postérieure par une pédicule presque aussi large qu'elle-même. Autour de ce pédicule la peau était plissée et paraissait plus consistante que sur le reste de la tumeur, où la distension l'avait amincie. Elle n'offrait pas de teinte spéciale, hors durant les cris ou les efforts de l'enfant, qui la faisaient devenir bleuâtre et même livide. Sa température était la même que celle du reste de la tête. En promenant le doigt à l'entour de la base du pédicule, on sentait la fontanelle et les rebords des pariétaux et de l'occipital. Il n'y avait ni fluctuation ni transparence. En tenant la tumeur dans la main, on sentait un mouvement intérieur comme vermiculaire, sans battemens artériels ; la compression, soit perpendiculaire, soit latérale, ne produisait ni douleur ni phénomènes cérébraux ; il n'y avait que le tiraillement de la tumeur sur son pédicule qui fît pousser des cris à l'enfant.

Le diagnostic était fort obscur ; cette réunion de caractères empêchait de songer à une encéphalocèle, à une hydrocéphale, à une tumeur fongueuse de la dure-mère ; on pouvait seulement présumer à son apparence bosselée et raboteuse qui rappelait les tumeurs variqueuses des jambes, et à la tension et à la teinte livide que lui communiquaient les cris de l'enfant, que le système veineux était pour beaucoup dans sa formation. Dans cette incertitude, on se borna à conseiller à la mère de soutenir la tumeur au moyen d'une calotte de cuir bouilli, mais sans la comprimer, et seulement pour empêcher les tiraillemens. Mais au bout de huit jours la mère revint : la tumeur, croissant toujours, tiraillait par son propre poids la peau de la tête, et l'enfant n'avait plus de repos. Il fallut donc tenter des moyens plus efficaces. On avait appliqué des fondans sans aucun résultat ; la ponction exploratrice effraya par les conséquences qu'elle aurait pu avoir ; l'ouverture et l'ablation de la tumeur furent également rejetées, et l'on se décida pour la ligature. On résolut d'étrangler le pédicule par degrés, pour éviter le sphacèle subit de la tumeur, et aussi pour être en mesure de s'arrêter s'il survenait quelque désordre. Un lien de la grosseur d'une plume à écrire fut appliqué tandis que l'enfant était à la mamelle. Aussitôt qu'il en sentit l'étreinte, il jeta de hauts cris, et se débattit de tous ses membres ; mais dès que la ligature fut fixée, les cris et les efforts cessèrent, l'enfant ressaisit le sein, puis s'endormit comme de coutume sans le moindre signe de souffrance ; chose d'autant plus étonnante que cette première striction avait réduit le pédicule aux deux tiers de son volume primitif.

Le lendemain, l'enfant était très-bien ; la tumeur n'avait changé ni de couleur ni de volume. On resserra la ligature le troisième jour ; alors seulement la peau de la tumeur commença à s'ecchymoser et devint bleuâtre et froide. Autour de la ligature s'établit une suppuration assez abondante et fétide ; des lotions avec l'eau de chlorure en corrigèrent l'odeur, et donnèrent à l'ulcère commençant un léger degré d'irritation qui en hâta la cicatrisation. Enfin, au bout de quinze jours, le pédicule avait été réduit peu à peu au diamètre d'une plume de cygne ; une ligature de sûreté fut établie, après quoi la résection fut pratiquée, et l'enfant débarrassé de sa tumeur sans avoir perdu une seule goutte de sang.

Il ne restait à l'occiput qu'un ulcère simple, du plus bel aspect, au fond duquel on touchait la fontanelle. La ligature de sûreté tomba au bout de trois jours, et les lotions d'eau chlorurée déterminèrent promptement une complète cicatrisation.

La tumeur, disséquée avec soin, parut formé par un paquet de veines d'un calibre étonnant pour l'âge et le peu de développement des autres organes. Ces veines offraient plusieurs dilatations presque sphériques ; elles étaient réunies entre elles par un tissu cellulaire adipeux qui, par suite du sphacèle, était réduit dans plusieurs endroits en une bouillie purulente, mais qui, dans d'autres parties, était encore assez consistant. L'enveloppe cutanée était assez épaisse et déjà en partie racornie.

Nous aurions désiré dans cette dissection quelques détails de plus. Cette tumeur *adipo-veineuse* était-elle renfermée dans un kyste? communiquait-elle avec les vaisseaux du cuir chevelu par un ou plusieurs troncs ; et ces vaisseaux de communication étaient-ils hypertrophiés eux-mêmes, ou bien la dilatation variqueuse ne commençait-elle que dans l'intérieur de la tumeur? Cette dernière opinion nous paraît la plus probable, si l'on rapproche cette tumeur de celles que J.-L. Petit a observées et décrites sous le nom de loupes variqueuses, et que l'on a confondues depuis avec les tumeurs érectiles.

Cure radicale d'une chute du rectum par le cautère actuel, par M. le professeur Kluyskens ; observation recueillie par M. Ad. Burggrave.

Obs. — A. M...., âgée de 50 ans, constitution débile

et relâchée, entra à l'hôpital civil de Gand au mois d'avril 1834, pour se faire traiter d'une procidence de la muqueuse du rectum. Elle avait eu la syphilis dans sa jeunesse, et en portait des traces profondes au pourtour de l'anus et aux parties génitales. La tumeur du rectum s'était formée lentement, avait acquis le volume d'une pomme de moyenne grandeur, et était constituée par la muqueuse boursoufflée, d'un rouge livide, dure, calleuse et insensible au toucher. M. Kluyskens se décida à appliquer le cautère actuel.

La malade placée à deux genoux sur une table, la tête abaissée et appuyée sur un coussin, les fesses écartées par deux aides, trois cautères de forme olivaire, rougis à blanc, furent portés tour à tour sur la tumeur; et le professeur eut soin d'engager leur pointe dans l'ouverture anale, afin d'atteindre toutes les parties procidentes et de les réduire en escarres. Il est à noter que la malade, à qui les préparatifs de l'opération avaient fait jeter les hauts cris, n'en laissa point échapper durant l'opération même.

Le pansement fut simple; un gâteau de charpie enduit de cérat, quelques compresses, et un bandage en T complétèrent l'appareil; puis la femme fut ramenée à son lit.

Le lendemain elle souffrait peu; et elle avoua n'avoir ressenti lors de l'opération qu'une chaleur cuisante. Les jours suivans l'escarre continua à présenter un aspect favorable; on eut soin de tenir les selles faciles; l'intestin ne montra plus la moindre tendance à se relâcher; et au bout de peu de jours la malade sortit de l'hôpital entièrement guérie.

Ce fait mérite d'autant plus d'attention que la cautérisation de la tumeur dans les cas de ce genre est à peu près universellement rejetée; et c'est tout au plus si l'on admet comme applicable la cautérisation de l'orifice de l'anus, pour arriver au même but que par les excisions multiples de M. Dupuytren. On redoutait des douleurs vives, des inflammations violentes de l'intestin et du col de la vessie; on voit par cette observation à quoi ces terreurs exagérées se réduisent dans la pratique, et l'on aurait pu arriver à la même conclusion par la considération des résultats obtenus du cautère actuel par M. Dupuytren lui-même, quand une hémorrhagie, succédant à l'excision d'hémorrhoïdes internes, forcent de recourir à ce moyen énergique. Pour sentir toute la valeur de ces réflexions, il faut savoir que ce n'est point là un succès isolé, une exception due au hasard : depuis longues années, M. Kluyskens n'a cessé de mettre cette méthode en usage, et il n'en a retiré que des résultats favorables. « Pendant mes années de service à l'hôpital clinique de notre université, dit M. Burggrave, plusieurs cautérisations ont été faites, toujours avec succès; ordinairement, une ou deux applications de cautères suffisaient pour réduire la tumeur en escarres; rarement il fallait les multiplier davantage; et dans ces cas les malades, instruits par l'expérience, se soumettaient sans répugnance à une opération qui devait les délivrer d'une infirmité dégoûtante. »

M. Kluyskens n'applique pas la cautérisation à tous les cas. Quand la maladie est récente, facile à réduire, la muqueuse non altérée, la réduction, et au besoin les excisions des plis de l'anus, suffisent pour la guérison; mais quand la procidence est de vieille date, lorsque la muqueuse indurée, fongueuse, ou même dégénérée, ne saurait être rendue à son organisation première, alors la méthode de M. Dupuytren est insuffisante, et l'excision circulaire de la tumeur détermine *toujours*, selon le professeur de Gand, des hémorrhagies graves, quelquefois difficiles à arrêter avec le cautère actuel. C'est le propre de tous les innovateurs d'abonder un peu trop dans leurs propres idées et de déprécier un peu trop les idées des autres. Nous avons déjà montré dans ce journal combien on avait exagéré ces reproches adressés à l'excision circulaire, en rapportant une observation de M. Heustis, où elle avait admirablement réussi. Nous nous empressons de rendre aujourd'hui la même justice à la cautérisation; les faits avancés par M. Kluyskens doivent lui faire reprendre son rang dans la science, surtout si d'autres chirurgiens viennent à constater après lui qu'en effet « la douleur de l'opération est presque nulle, les accidens consécutifs peu redoutables; et qu'à la chute de l'escarre, il ne reste qu'une plaie nette qui se cicatrise en peu de jours, de manière à rendre toute rechute impossible. »

FRACTURE COMPLIQUÉE DU COL DE L'HUMÉRUS, par M. GOUZÉE.

Obs. — Verley, canonnier, âgé de 25 ans, forte constitution, montait le 26 avril un cheval fougueux qui, en se cabrant, le jeta par-dessus sa croupe et se renversa sur lui; il tomba sur le coude droit porté en arrière, et la violence du choc fractura l'humérus à son col et fit sortir l'extrémité du fragment inférieur à travers les chairs de l'épaule et même à travers les vêtemens. Un chirurgien qui se trouva le premier sur les lieux, fit rentrer l'os sous les chairs, appliqua sur le bras des attelles et un bandage roulé, et fit porter le blessé à l'hôpital.

M. Gouzée appelé sur le champ enleva cet appareil, et trouva le moignon de l'épaule entièrement déformé, le bras raccourci de plus de deux pouces, avec une plaie arrondie et déchirée à la partie antérieure et moyenne de l'épaule, par laquelle le doigt introduit faisait reconnaître une fracture transversale du col chirurgical de l'humérus; l'extrémité du fragment inférieur tiré en haut et en dedans, était logée en avant sous le muscle deltoïde, devant la cavité glénoïde de l'omoplate.

La réduction fut tentée aussitôt, et d'abord vivement empêchée par de fortes contractions musculaires; mais celles-ci cédèrent après deux tentatives et la coaptation se fit à quelques lignes près. L'épaule reprit en même temps sa forme. La plaie fut débridée dans son angle supérieur, recouverte d'une compresse fenêtrée, de charpie, et des tours de bandes semblables à ceux du bandage de Desault pour la clavicule furent appliqués dans le but de maintenir le bras immobile contre le tronc et de soutenir le coude en dedans et un peu en

haut. La main fut soutenue au moyen d'une compresse carrée attachée à ce bandage avec des épingles, et le tout affermi par une longue écharpe. Une heure après on fit une saignée de 20 onces, et on administra une potion contenant un demi-gros de laudanum.

Il dormit paisiblement une bonne partie de la nuit. Le lendemain, absence complète de douleur; le pouls était fort et légèrement accéléré; on fit une nouvelle saignée de 16 onces et on prescrivit une diète absolue.

Le mouvement fébrile augmenta un peu le troisième jour. Le 1er mai, on leva le premier appareil mouillé par un pus sanieux, et l'on accorda quelques cuillerées de bouillon. Le 3 mai, deuxième pansement; la plaie est belle et rend un pus peu abondant et de bonne qualité: on accorde quelques alimens légers. Les pansemens furent faits de deux en deux jours jusqu'au 10; alors la suppuration étant devenue plus abondante et son odeur plus forte, on les répéta tous les jours, en ajoutant de l'eau chlorurée. Quelques excoriations survenues au coude et à la partie interne du bras furent recouvertes avec des linges enduits de cérat et ne tardèrent pas à disparaître. La tension de l'épaule se dissipa, la suppuration se tarit et la plaie fut entièrement cicatrisée au mois de juin. On maintint toutefois le bras contre le tronc dans un état d'immobilité parfaite jusqu'au milieu de juillet; on se contenta alors de le soutenir au moyen d'une écharpe.

M. Gouzée s'est borné à rapporter ce fait sans commentaires; il y a cependant quelques inductions intéressantes à en tirer. Le premier point à noter est la nature de la cause qui a produit la fracture, une chute sur le coude; la possibilité d'une telle cause ayant été récemment niée dans un journal de médecine. Le peu d'accidens qui ont suivi une lésion si grave sont propres à montrer combien diffèrent pour le danger les fractures compliquées d'un membre à deux os, de celles d'un membre à un os unique, et les fractures des membres supérieurs et celles des membres inférieurs. L'ankylose imparfaite de l'articulation ne nous semble pas même une suite directe et inévitable de la fracture; il est probable qu'en gardant moins long-temps le membre dans une immobilité absolue, on aurait obtenu un meilleur résultat; et c'est ici le lieu de rappeler ce principe général, que dans toute fracture avoisinant une articulation, il faut tarder le moins possible à communiquer au membre des mouvemens ménagés.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU TARTRE ÉMÉTIQUE DANS LES PNEUMONIES, recueillies par le docteur D. BLOCK, lecteur à la Faculté de médecine de Gand.

Il n'est pas de recueil qui n'offre de temps en temps des observations en faveur de l'emploi du tartre d'antimoine et de potasse dans le traitement de la pneumonie, et cependant la plus grande variété d'opinions règne encore parmi les médecins non-seulement sur le mode d'action, mais encore sur l'efficacité de ce moyen; tandis que quelques-uns lui refusent toute utilité et pensent même qu'il est très-souvent nuisible, il en est qui veulent que lorsqu'il agit il ne le fasse qu'à la manière des dérivatifs; d'autres au contraire pensent qu'il possède une propriété particulière, indépendante de l'action qu'il exerce quelquefois sur le tube digestif; suivant eux, le tartre stibié à haute dose serait l'antiphlogistique par excellence, et son action sur la pneumonie serait d'autant plus énergique qu'il aurait été mieux toléré. Malgré cette diversité d'opinions, les faits s'accumulent et il n'est plus besoin, à notre avis, que d'un esprit indépendant des préjugés de doctrines et d'écoles pour les résumer et en tirer des conclusions qui seraient aussi positives que celles qui peuvent être avancées sur tout autre point des études médicales. Il est peu de questions sur lesquelles on ait publié un nombre aussi considérable d'observations bien recueillies.

Nous ne donnerons pas l'analyse de celle que rapporte ici M. Block; les lecteurs y trouveraient la répétition de ce qu'ils ont vu déjà mille fois.

Le fait le plus important dans toute observation de ce genre, c'est de savoir si le tartre stibié a été toléré, et si la tolérance a été complète. Eh bien! chez le sujet de cette observation il y eut un seul vomissement le premier jour, et le lendemain trois selles liquides. Au bout de trois jours on cessa l'usage de ce médicament; le malade était entré dans une franche convalescence. Voici maintenant quelques-unes des réflexions qu'offre à cette occasion le docteur Block: « Je n'emploie le tartre stibié dans les pneumonies que quand les autres moyens ont été mis en usage sans succès, et que la perte du malade devient inévitable, si l'on ne recourt à une médication active et capable d'enrayer la marche des symptômes morbides les plus alarmans. »

Il pense que dans des cas semblables on devrait toujours se servir de cette méthode, qu'aucun phénomène ne peut contre-indiquer, si ce n'est la gastro-entérite; mais comme il n'exprime pas ce qu'il entend par gastro-entérite nous devons croire qu'il veut parler de la diarrhée. Souvent ce remède agit sans produire d'évacuations ni par haut, ni par bas; il croit que l'habitude et le mode d'administration sont pour quelque chose dans la tolérance de l'estomac. Pour nous, nous avons de la peine à nous expliquer comment l'habitude pourrait avoir quelque part à ce phénomène singulier lorsque la tolérance s'établit comme cela arrive assez souvent dès les premières doses.

OBSERVATIONS SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE PLOMB, par VAN HAESENDONCK, médecin en chef de l'hôpital d'Anvers, etc.

Une famille composée de six membres tombe simultanément malade, et les symptômes présentent chez toutes ces personnes une grande analogie. Des perquisitions faites dans la maison sur les mets, les provisions, les ustensiles de cuisine, etc., font découvrir une cuvette de beurre qui, par l'analyse, fournit des preuves non douteuses de falsification. L'agent délétère accusé par

les réactifs était le plomb. La mère et l'un des fils succombèrent, et les autres membres de la famille en furent quittes pour des souffrances plus ou moins longues. Les deux autopsies sont pratiquées par ordre du procureur du roi, et c'est l'exposition des altérations trouvées dans ces deux cas, qui fait le sujet de ce mémoire. Nous allons analyser le seul de ces deux faits où l'on trouve quelques détails, quoique bien incomplets, sur les symptômes observés pendant la vie.

Obs. — M. J.-B. V..., sergent-major de la garde communale, éprouvait depuis plusieurs jours un malaise général, mais sans nausées ni vomissemens, quand il fut inondé par la pluie le 24 août à une parade, et garda ses vêtemens mouillés jusqu'à la nuit.

Le 28, il présentait les symptômes d'une irritation gastro-intestinale avec embarras gastrique; la bouche était pâteuse, la langue enduite d'un mucus blanchâtre très-épais; l'abdomen un peu ballonné, sans être dur, était douloureux à la pression, face jaune pâle; malaise général. Ce malade se rétablit assez bien, sort et est de nouveau mouillé; le 4 septembre, il est repris des mêmes symptômes.

Le 7, nouvelle imprudence; nouvelle rechute avec sensibilité à l'épigastre et constipation: puis il éprouva des douleurs qui disparurent sous l'influence des *calmans*. Enfin, huit à neuf jours avant sa mort, qui arriva le 17 novembre, il y eut perte du mouvement avec persistance du sentiment dans les membres supérieurs, et peu de temps après, aphonie et dyspnée.

AUTOPSIE FAITE 27 HEURES APRÈS LA MORT.

L'habitude générale ne présente qu'un certain degré d'amaigrissement.

Le cerveau offre la consistance habituelle.

Colonne vertébrale. Il s'écoule une grande quantité de sang par le trou occipital. La dure-mère est saine; la consistance de la moelle épinière est normale; sa partie supérieure; les vaisseaux sont peu injectés; mais depuis la sixième vertèbre dorsale elle est, dans l'étendue de quelques vertèbres, réduite en une bouillie blanchâtre, baignée dans un liquide séreux.

Les poumons et le cœur n'offrent rien d'anormal.

Les gencives, surtout vers le bord dentaire, présentent une couleur noirâtre. Les dents son jaunâtres.

L'estomac et les petits intestins ne présentent rien de très-remarquable. Le cœcum a une couleur bleuâtre à l'extérieur; sa muqueuse, d'un brun noirâtre, est recouverte d'une couche de mucus de même couleur, beaucoup plus foncée à la valvule.

Le seul fait de cette autopsie auquel l'auteur du mémoire attache quelque importance, c'est le ramollissement d'une certaine étendue de la moelle épinière; mais il s'en faut de beaucoup que cette altération n'ait pas été signalée, comme il le dit, dans les empoisonnemens par le plomb. Déjà on l'a trouvée chez un certain nombre de sujets qui ont succombé à la suite de la colique de plomb, et en ce moment nous ne rappellerons que deux faits de ce genre rapportés dans le volume de la Gazette médicale, année 1830, par le docteur Corbin; mais comme on n'a pas trouvé cette même altération dans d'autres cas où le rachis a été examiné avec tout le soin nécessaire, on a été porté à en induire qu'elle n'appartient pas nécessairement à l'empoisonnement par le plomb. On sait d'ailleurs combien les ramollissemens des centres nerveux ont peu d'importance aux yeux des pathologistes, lorsque l'autopsie n'est pratiquée qu'à une époque éloignée de la mort.

Le second cas, qui appartient à la même famille, et un troisième qui est une observation de colique de plomb terminée par la mort, offrent également la même altération, qui sous ce rapport nous semble mériter quelque attention. Cependant nous ne pouvons terminer cette analyse sans exprimer le regret que les symptômes observés durant la vie aient été si incomplétement décrits, ou plutôt entièrement passés sous silence. On aurait bien dû également nous apprendre sous quelle forme le plomb se trouvait mêlé au beurre, et dans quelle proportion.

TRANSPIRATION COLORÉE EN BLEU.

Le fait suivant recueilli à la clinique interne de Louvain sera rapproché avec intérêt du seul fait analogue que nous connaissions, et qui a été recueilli par Billard et rapporté par la Gazette médicale (1).

A la fin de novembre 1831, une femme anasarque se présente à l'hôpital de Louvain. Après quelques jours de traitement par les diurétiques, l'on trouva bon de lui appliquer un vésicatoire sur chacun des mollets, ce qui fut exécuté le même jour. Ces vésicatoires furent entretenus et pansés régulièrement deux fois par jour avec de l'onguent perpétuel. Après quelques jours de pansement, on remarqua que le liquide exsudé du vésicatoire de la jambe gauche était fortement coloré en bleu. Ce ne fut que quelques jours plus tard que le même phénomène se montra à la jambe droite. Quelques jours après, cette coloration cessa aux deux jambes à la fois, et le liquide avait repris sa couleur ordinaire.

Les premières recherches faites sur ce liquide bleu furent dirigées dans le but de découvrir si sa couleur dépendait de quelque principe prussique. On ne put y en démontrer la moindre trace; mais on obtint les résultats suivans.

Le liquide exprimé du linge qui en était imbibé, offrait une couleur d'un bleu de ciel; sa pesanteur spécifique était plus forte que celle de l'eau; son odeur était nauséabonde, sa saveur urineuse. Il était très-soluble dans l'eau, et au contact de la lumière et de l'air sa couleur se changeait en vert pâle. Il verdisait le sirop de violette; ce qui dépendait de l'action de l'ammoniaque qui s'y trouvait libre. Évaporé lentement, il laisse déposer une matière floconneuse, et l'on obtient à la fin un résidu d'un vert foncé. L'odeur persista. Soumis à une chaleur plus forte, le résidu se décomposa et il se dégagea de l'ammoniaque en même temps que d'autres sels.

(1) Année 1831.

L'action du chlore sur le liquide était très-prompte et détruisait totalement et l'odeur et la couleur. Celle-ci ne pût lui être restituée par aucun moyen ; la première, au contraire, se manifesta de nouveau en partie, en broyant un peu de la liqueur décolorée avec de la chaux vive.

L'action des acides sur ce corps était surtout remarquable. Ceux-ci le colorèrent en rouge, tandis que les alcalis le rendaient à sa couleur primitive, ce qui en faisait un véritable *tournesol animal.*

N° DU 13.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

—

RECHERCHES SUR LE CATHÉTÉRISME ET SUR LES DIVERSES ESPÈCES DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME; par J. LARCHER (de Lunéville), D.-M. P., interne de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, etc. (1)

I. ANATOMIE CHIRURGICALE.

L'urètre est le conduit excréteur de l'urine. Son mélange avec les organes génitaux, chez l'homme le fit doter d'une organisation et de fonctions qui lui sont étrangers. Ainsi développé, il acquit pour les chirurgiens une importance que l'urètre de la femme était loin de pouvoir offrir. De là vient que les travaux sur l'urètre ont eu constamment celui de l'homme pour objet. Dédaigné, pour ainsi dire, l'urètre de la femme, borné aux conditions nécessaires de conduit excréteur de l'urine, peut cependant donner lieu à des considérations physiologiques qui ne seraient pas sans intérêt. Sous le rapport chirurgical, son étude laisse aussi à désirer.

L'urètre a son origine au col de la vessie. Chez la femme, après un trajet aussi court qu'il est possible, il rencontre les tégumens qui le limitent. Le niveau de ses deux extrémités n'est pas le même ; son orifice externe est moins élevé que l'interne ; celui-ci, plus évasé que chez l'homme, se continue en bas avec le trigone vésical, sans démarcation tranchée : c'est presque comme chez les enfans, le point le plus déclive de la vessie. La terminaison de l'urètre, que les anatomistes appellent méat urinaire, est dans le plan de symétrie, ou ligne médiane, à la partie inférieure du vestibule, très-près de l'orifice du vagin. Plus petit ou de même diamètre que l'urètre, il est de forme irrégulièrement arrondie, terminé par un bourrelet saillant en bas ; à son pourtour on voit l'orifice des lacunes muqueuses placées dans le voisinage. Dans l'état normal, le vestibule et l'orifice externe de l'urètre sont sur un même plan presque vertical.

L'urètre ne ressemble point à une corde tendue entre ses deux extrémités, mais fait une courbure légère à convexité inférieure ; cette courbure ne peut être précisée. Dans ses variations de distension et de lieu, la vessie entraîne la portion vésicale de l'urètre : le plus souvent c'est en haut, et la courbure peut être considérablement accrue ; d'autres fois c'est en bas, et alors la courbure peut complétement disparaître, ou même être très-prononcée en sens tout-à-fait inverse. Ces déplacemens peuvent modifier la direction de l'orifice externe, qui alors semble *bisoté* dans le sens du vestibule. Le changement de courbure a lieu aussi, quand, après les premiers mois de gestation, le vagin, entraîné en haut par l'utérus, entraîne lui-même en bas et en arrière le méat urinaire, qui cesse alors d'être, avec le vestibule, dans un même plan. Quand ses parois ne sont distendues par rien, l'urètre, sur une coupe faite perpendiculairement à sa direction, paraît linéaire, ou mieux, il a la forme d'une ellipse, dont le petit axe, vertical, quelquefois transversal, est à son minimum. Aux extrémités, à l'orifice vésical surtout, cette ellipse tend à l'égalité de ses axes, c'est-à-dire devient un cercle.

La longueur un peu variable de l'urètre est de douze à quinze lignes. Je l'ai vu une fois avoir vingt-deux lignes. Sa largeur, qui n'est pas la même dans toute son étendue, augmente légèrement de l'extrémité externe jusqu'à deux ou trois lignes de l'interne, pour diminuer de la même manière. Le calibre, d'après la structure de l'urètre, est susceptible de varier beaucoup ; aussi ne peut-on prétendre à donner exactement son diamètre, ou mieux, la longueur linéaire de son développement, pris aux trois points principaux : les deux extrémités et le point du plus grand développement. Considéré comparativement, l'urètre est plus large chez la femme que chez l'homme.

Les parois de l'urètre sont formées de deux membranes. L'une, interne, muqueuse, se continue avec la tunique interne de la vessie et avec la membrane qui tapisse la vulve ; elle renferme dans son épaisseur des follicules qui ont leur orifice à sa surface ; c'est elle qui forme les rides parallèles qui font saillie dans la longueur et se terminent en froncis aux extrémités de l'urètre. L'autre membrane, externe, est formée de tissu fibreux, aréolaire, éminemment élastique et contractile ; en arrière elle se confond avec les parois de la vessie ; en avant, elle est limitée au méat urinaire, à la partie inférieure duquel elle forme constamment un tubercule saillant, analogue de forme à celui que l'on voit à la partie moyenne de la lèvre supérieure de la bouche.

Le tissu fibreux de l'urètre est non-seulement doué d'une grande élasticité, mais jouit encore d'une force contractile énergique. Cette propriété est hors de doute, quand elle est mise en jeu par un stimulant extérieur. Mon ami et ancien collègue, M. Costallat, m'a fait

(1) A part quelques notes d'anatomie pure, nous reproduisons dans son intégrité cet excellent travail qui a servi à l'auteur de thèse inaugurale, et qui constitue une monographie presque complète sur ce sujet que les auteurs avaient à peine effleuré.

voir une femme, Marguérite-Alexandre C..., à laquelle il avait incisé une tumeur pédiculée de l'urètre : au lieu de l'implantation, à quatre lignes environ de l'orifice externe de l'urètre, on sentait facilement, par le frottement d'une sonde jouant librement dans le canal, la racine probablement fibreuse de la tumeur. Comme elle gênait l'émission de l'urine, M. Costallat employait la cautérisation par le nitrate d'argent pour la détruire; aussitôt le porte-caustique extrait, il introduisait dans l'urètre, pour y pousser une injection, une sonde d'argent qui, auparavant jouant facilement dans le canal, était alors serrée fortement ; le canal faisant, en quelque sorte, fonction d'un étau, et la sonde n'avait pas besoin d'être maintenue avec la main pendant que l'on poussait l'injection. Ce fait peut servir à bien faire comprendre les rétrécissemens spasmodiques chez la femme.

L'urètre, dans sa portion supérieure, est en rapport, entre les os pubis et la vessie, avec du tissu cellulaire très-lâche, dans lequel rampent des vaisseaux. Ce tissu cellulaire occupe un espace triangulaire limité par les pubis, la vessie et l'urètre, et variable suivant l'état de plénitude de la vessie; les veines qu'il renferme sont susceptibles d'une grande distension, en un mot d'être variqueuses. Sur la femme dont je trouvai que l'urètre avait vingt-deux lignes de longueur, les deux veines flexueuses qui, côtoyant l'urètre, allaient sur le col et le commencement de la vessie s'anastomoser entre elles et y former un véritable plexus, offraient un calibre d'au moins deux lignes de diamètre, qui ne diminuait pas par leurs divisions anastomotiques. Les ligamens antérieurs de la vessie (*pubio-prostatiques*) composés de petits faisceaux aponévrotiques, parfois mélangés de fibres musculaires, s'appuient, se confondent à la membrane externe de l'urètre, à son union avec la vessie. Au-dessous de l'arcade pubienne, l'urètre est en rapport avec le ligament sous-pubien, dont il est séparé de trois ou quatre lignes par un tissu cellulaire élastique extrêmement fin et serré. Dans sa portion inférieure, qui est le complément de la première, l'urètre est séparé du vagin par une sorte de coin dont le plus grand écartement, correspondant à l'orifice vésical, a six lignes environ, et dont le sommet est situé un peu en arrière des tégumens. Tout cet espace est rempli par du tissu cellulaire dont la densité et l'union avec les deux surfaces du coin est d'autant plus grande qu'il est plus voisin de son sommet, en sorte qu'il faut quelque soin pour isoler complétement en avant la paroi de l'urètre de celle du vagin. Par cette dissection, faite d'arrière en avant, on s'assure que le tubercule que nous avons noté à l'extrémité antérieure de la membrane externe de l'urètre, est étranger aux parois du conduit du vagin. La membrane externe de l'urètre est séparée du tissu spongieux de la vulve par l'aponévrose moyenne du périnée. L'urètre, dans toute son étendue, est en rapport avec la partie moyenne de la paroi antérieure du vagin sur laquelle il repose, et à laquelle il est uni plus ou moins intimement; sur les côtés, la paroi du vagin le déborde un peu. La direction de l'urètre éprouvera donc des changemens analogues à ceux de cette paroi antérieure; et connaissant la direction de la partie moyenne de la paroi antérieure du vagin, nous aurons celle de l'urètre; cette observation est importante pour le cathétérisme.

II. Cathétérisme.

Le cathétérisme des voies urinaires est l'opération par laquelle on fait pénétrer dans l'urètre et presque toujours dans la vessie, un instrument accommodé aux dimensions du conduit des urines. C'est une opération simple, non susceptible de division; elle ne change pas de nature par le motif qui la fait pratiquer; et si la forme et la matière de l'instrument ne sont pas toujours sans importance, elles ne prêtent, pas plus que les motifs, à diviser l'opération en espèces distinctes. Le cathétérisme se pratique dans les deux sexes pour satisfaire à des indications du même genre. Et si chez l'homme, par suite des connexions de l'urètre avec les organes génitaux, il est plus fréquent, chez la femme, les rapports de la matrice et du vagin avec les voies urinaires le rendent nécessaire dans des circonstances plus variées. Comme moyen de diagnostic pour des affections d'organes autres que la vessie, c'est chez la femme qu'il offre le plus d'applications. Il peut, en effet, servir à reconnaître une inflammation ou une tumeur siégeant à la face antérieure de l'utérus, ou des communications de l'utérus avec la vessie; il sera nécessaire pour distinguer un polype d'un renversement de l'utérus qui s'arrêterait au col de cet organe, etc.

Jusqu'à Chopart, tous les auteurs, pour sonder une femme, veulent qu'on la découvre, qu'on voie le méat urinaire, et que l'on y enfonce la sonde. Tous, James peut-être seul excepté, avec cette méthode regardent l'opération comme ne devant jamais présenter de difficultés au moins, ils n'indiquent rien pour les surmonter. Chopart, dont le livre peut encore être regardé comme classique sur cette matière, est conduit à dire : « Si, par pudeur, la malade s'oppose à ce que ses parties génitales soient exposées à la vue du chirurgien, il lui indiquera la manière de porter le bec de la sonde dans l'urètre, pendant qu'il en tiendra l'autre extrémité; après qu'elle l'y aura introduit, il enfoncera l'instrument jusque dans la vessie. Si elle ne peut placer la sonde dans l'urètre, alors, s'étant assuré de la situation de l'orifice de ce canal avec l'indicateur de la main gauche, il portera la sonde au-dessous du clitoris, le long de la partie moyenne du vestibule jusqu'à l'orifice du conduit urinaire, dans lequel il la fera pénétrer en la baissant; puis il l'enfoncera avec douceur, selon la direction de ce canal dans la vessie. Ce procédé nous a réussi plusieurs fois; mais lorsqu'on ne peut introduire cet instrument sans voir le méat urinaire, la malade se rend ordinairement à de nouvelles instances pour en permettre l'introduction à l'aide de la vue. » (Traité des maladies des voies urinaires, édit. de M. Pascal, t. II, p. 398.) Mais Chopart ne donne nulle

part le moyen d'indiquer à la malade le lieu du méat urinaire. Supposant même qu'elle ait réussi à introduire le bec de la sonde, ce qui a dû souvent ne pas arriver, on sera exposé à ne pas pouvoir faire avancer la sonde jusqu'au bout, si elle va heurter contre la paroi de l'urètre. Chopart ne prévoit pas le cas où la direction de l'urètre peut être notablement changée. Si la malade ne réussit pas, il recommande au chirurgien, et il valait autant le faire de prime-abord, de s'assurer avec le doigt de l'orifice du canal : mais comment? Plus loin, on voit que cette dernière méthode n'a pas non plus toujours réussi ; et alors il faut avoir recours à la vue.

Mais il ne peut pas toujours dépendre de la volonté de la malade d'écarter les cuisses et de laisser regarder. En 1831, pendant que j'étais interne de la salle Sainte-Monique à l'Hôtel-Dieu, j'y dus sonder une femme dont les deux membres inférieurs étaient à la fois le siége de la maladie dite *phlegmasia alba dolens*. Le volume et la sensibilité de ces parties étant singulièrement exagérés, il ne fallait pas songer à écarter, même faiblement, les cuisses, qui étaient en contact immédiat. Au moment où je me disposais à tenter l'introduction de la sonde, appelé pour un accident, je fus obligé de m'éloigner de la malade. De retour une demi-heure après, j'appris qu'elle avait uriné spontanément. Sans l'incident qui me força de suspendre l'opération, il fallait sonder sans l'aide de la vue, ou quitter la malade, convaincu de l'impossibilité de lui porter secours. Le fait suivant est du même genre: en 1833, j'accompagnai M. Roux, aux environs de Paris, chez une dame Anglaise (la même dont il est fait mention dans le mémoire sur la périnéoraphie), à laquelle il enleva deux tumeurs cancéreuses ulcérées, siégeant sur l'une et l'autre grandes lèvres. Resté auprès de la malade pour remédier aux accidens qui pourraient succéder à l'opération, je fus deux fois dans le cas de la sonder. Or, cette dame, d'une petite stature, était d'une obésité énorme, douée d'une sensibilité exaltée, surtout dans les parties voisines du siége du mal : il était presque impossible de la toucher sans lui causer des angoisses, d'autant plus pénibles, qu'elles répandaient l'alarme parmi des personnes qui lui étaient chères et qui ne la quittaient pas. Si donc, m'exposant chaque fois à une hémorrhagie, j'avais enlevé les pièces d'appareil, il m'eût été encore très-difficile, sinon impossible, de pouvoir reconnaître l'orifice de l'urètre par la vue. Mais, dans ces deux cas, la distension trop grande de la vessie et la crainte de sa rupture pouvaient, me dira-t-on, malgré les souffrances de la malade, déterminer à écarter les cuisses et à se servir de la vue. Il n'en peut cependant toujours être ainsi, à moins de risquer le succès d'une opération qui aurait été l'origine de ce besoin de sonder. C'est ainsi, par exemple, que l'opération de la suture du périnée, à qui mon ancien maître, M. Roux, vient de faire prendre rang dans le domaine de l'art, entraîne, dans les premiers jours, la nécessité du cathétérisme. On courrait risque, pour sonder à l'aide de la vue, d'être obligé d'enlever les sutures. Les chances défavorables que cette circonstance pourrait donner à l'opération, lui feraient perdre beaucoup de son importance : ou bien on serait obligé avant l'opération de placer une sonde à demeure, ce qui quelquefois pourrait avoir des inconvéniens. Si dans tous ces cas, il n'est pas physiquement impossible de voir l'orifice externe de l'urètre et de sonder, il peut en être quelquefois autrement. L'observation suivante le prouve.

Obs. I. — Simonet (Elisabeth), âgée de 50 ans, entrée le 26 mars 1831 à l'Hôtel-Dieu, où elle mourut le 18 août, était couchée au lit n° 75 de la salle Sainte-Monique. Cette femme portait une affection cancéreuse qui, depuis un pouce au-dessus de l'anus, avait détruit complétement l'intestin rectum et la cloison recto-vaginale dans une étendue de trois pouces et demi, et avait envahi la lèvre postérieure du col utérin. Par la fistule recto-vaginale s'écoulaient incessamment les fèces et la sanie purulente, qui venaient sourdre à la vulve. Malgré les plus grands soins pour prévenir le séjour de ces matières, et préserver la malade et les personnes qui l'approchaient de l'odeur la plus infecte, toute la vulve était dans un état d'inflammation avec rougeur, boursoufflement et surtout sensibilité excessive : grandes lèvres, nymphes, entrée vaginale, vestibule, orifice de l'urètre, tout était compris dans une masse fongueuse, d'où suintaient du pus et des matières fécales liquides, exhalant une odeur des plus repoussantes. Dans les mois de juillet et d'août, cette femme éprouva à plusieurs reprises l'impossibilité d'uriner spontanément; soir et matin je la sondais. Le frottement le plus léger, que chaque fois l'instrument causait à son introduction dans l'orifice de l'urètre, était suffisant pour déterminer un frémissement général. Deux fois, me soupçonnant absent, la malade fit appeler l'interne de service. La première fois M. D.., voulant pratiquer le cathétérisme par la vue, dut au hasard de pénétrer dans la vessie, après trois quarts d'heure de recherches ; la malade, pendant cette opération, ne cessa de pousser des cris aigus. La seconde fois M. B... ne fut pas aussi heureux, et, après de vains efforts, fatigué des plaintes de la malade, le dégoût allant jusqu'à la nausée, il dut renoncer à la sonder. Ces tentatives furent si pénibles pour cette femme, qu'elle aima mieux courir le risque de ne pas être sondée que de s'exposer encore à de semblables souffrances.

Dans les cas de fongosités autour du méat urinaire, dont je rapporterai plus tard des exemples, la vue serait encore d'un vain secours.

Chopart (p. 399) indique les déplacemens que l'orifice externe de l'urètre peut éprouver, afin de faciliter les recherches du chirurgien. Il cite aussi, dans une note, un des cas de rétroversion de l'utérus, celui de Wall, rapporté dans les Recherches et observations des médecins de Londres, où il fut impossible de sonder la malade, qui mourut à la suite de la rupture de la vessie. N'ayant pas eu de cas semblable à observer, je ne saurais dire jusqu'à quel point on ne pourrait pas trouver, dans les circonstances particulières à chaque fait, des moyens d'évacuer par l'urètre l'urine contenue dans la

vessie. Chopart parle encore d'obstacles au cathétérisme dans l'urètre bouché par des hydatides, l'introversion de la vessie, des calculs, etc. Ces obstacles sont des cas de chirurgie auxquels il faut remédier avant de songer au cathétérisme.

Dans les ouvrages récens de chirurgie, et notamment dans les différens dictionnaires, où, à l'occasion d'un mot, l'auteur est appelé à faire une sorte de monographie, on a tenté de donner dans la forme plus de précision aux préceptes de Chopart; mais on n'y a rien ajouté de notable. Aussi M. Roux, dans une de ces publications récentes les plus estimées, après avoir indiqué les moyens à employer pour essayer de sonder une femme sans la découvrir, ajoute, avec la franchise qu'on lui connaît : « Un hasard heureux peut faire que l'instrument rencontre le méat urinaire et s'y engage. » (*Dictionnaire de méd.*, 2e éd., 7e vol.; Paris, 1834.) L'article correspondant du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, rédigé avec beaucoup d'art, a le grave inconvénient, je crois, de manquer au titre du livre. Je ne vois pas que ses auteurs, qui donnent le précepte de sonder sans l'aide de la vue, aient indiqué le moyen de s'en passer dans le cas où un hasard heureux ne les aurait pas servis.

Ce sera donc avancer l'art en ce point que d'indiquer un moyen sûr de trouver l'orifice de l'urètre; et ce progrès devra être d'autant plus apprécié que le procédé, à la fois plus sûr et plus facile, ôtera à l'opération ce qu'elle a de plus pénible pour beaucoup de femmes. On pourra la leur proposer plus facilement, et éviter des erreurs graves, dont les observations ne sont point rares. Ce moyen a été indiqué presqu'en même temps par MM. Velpeau et Blandin dans leurs ouvrages d'anatomie. M. Blandin ayant bien vu que le tubercule qui est à la partie inférieure de l'orifice urétral appartient à la paroi de ce conduit, avait compris toute son importance; à deux reprises différentes, il revient sur l'utilité qu'il peut offrir « dans certains cas de cathétérisme. » Son observation très-vraie, placée dans un livre savant d'anatomie, est perdue pour le plus grand nombre, et aurait besoin d'ailleurs d'être développée. M. Velpeau, dans son livre d'anatomie (1re édit.; Paris, 1826, t. II, p. 360), avait fait une observation analogue. C'est même à la lecture de ce livre que, dès 1827, nous devons d'avoir eu l'attention fixée sur ce point. Attaché plus tard, en qualité d'interne, à de grands services de femmes à l'Hôtel-Dieu, nous eûmes de fréquentes occasions d'en faire l'application et de nous fixer sur sa valeur. Quand M. Velpeau publia ses *Elémens de médecine opératoire*, nous nous attendions à y trouver cette donnée utilisée et présentée avec les développemens qu'elle comporte. Nous ne fûmes pas peu surpris d'y voir placer en première ligne la règle suivante : « Le chirurgien, situé à droite, porte la main gauche en pronation sur le pénil; entr'ouvre les petites lèvres avec le pouce et le médius; *relève le clitoris et le vestibule* avec l'indicateur, dont l'ongle reste tourné vers le méat urinaire; prend la sonde préalablement graissée, et la tient comme une plume de la main droite; la passe au-dessous du jarret correspondant, si le siége et la vulve paraissent trop enfoncés; en présente le bec, la concavité en haut, à l'orifice de l'urètre; l'abaisse un peu pour l'engager au dessous de la symphyse; le relève aussitôt et entre d'un seul trait dans la vessie. » Encore cette règle suppose-t-elle que la femme est découverte. En effet, quelques lignes plus loin, M. Velpeau, après avoir fait observer que « cette opération alarme tellement la pudeur de certaines femmes qu'on serait heureux de pouvoir la pratiquer sans les découvrir, » ajoute immédiatement : « La chose est généralement possible, facile même; si, la main gauche étant placée comme précédemment, on porte le bec de l'algalie sur l'ongle de l'indicateur, il suffit ensuite de la faire glisser doucement en suivant la ligne médiane, de haut en bas, sur le vestibule, pour tomber presque nécessairement dans le méat. » Sans nous attacher à une critique de détail, l'observation suivante va nous prouver que cette manière de procéder pourrait n'être pas sans inconvénient.

Obs. II. — Une femme, C... (Scolastique), âgée de 55 ans, fileuse de profession, est entrée en mai 1834 à l'hôpital... En 1814, elle fut surprise dans la plaine des Vertus, près St-Denis, par six cosaques, qui ne la laissèrent aller qu'après avoir assouvi leur luxure. Ce fut pour elle l'origine d'une blennorrhagie; elle ne sait si elle eut des ulcérations; l'émission des urines déterminait une vive cuisson. Elle subit divers traitemens, mais sans suite.

Il y a environ trois ans, une rétention d'urine survint pour la première fois. Des bains et quelques boissons émollientes suffirent pour calmer les accidens qui s'étaient manifestés. Un an après le même accident se répéta : des tentatives de cathétérisme furent faites sans succès. Après avoir uriné par regorgement pendant quelques jours, la malade, à l'aide de quelques bains, se rétablit encore. Depuis, elle éprouva la même incommodité à différentes époques de plus en plus rapprochées; ce n'était que par l'usage des bains qu'elle parvenait à uriner. Cette malheureuse, après avoir épuisé ses ressources, ayant éprouvé une nouvelle récidive, se décida enfin à entrer à l'hôpital. Le jour de l'admission, l'interne de garde tente vainement le cathétérisme; les urines coulent par regorgement. Le lendemain, l'interne attaché au service de la salle n'est pas plus heureux que son collègue de la veille.

Le jour suivant, le chirurgien de garde, après une demi-heure de recherches et de tentatives inutiles, fait mettre la malade dans un bain. A la sortie du bain, il recommence ses essais, et, après dix minutes, arrive enfin dans la vessie en triomphant d'une résistance assez marquée. Le jour d'après, le chirurgien chef du service, M....., peut pénétrer dans la vessie sans difficulté.

Le quatrième jour après l'admission, malgré un bain, trois tentatives faites à des époques différentes (trois heures, quatre heures et demie, onze heures du soir), sont inutiles; la malade urine par regorgement.

Le cinquième jour, le chef du service, instruit de ces efforts inutiles, tente à son tour de sonder la ma-

lade; l'algalie s'enfonce assez profondément; l'urine ne coule pas; l'instrument est retiré sanglant; il avait pénétré à plus de trois pouces de profondeur. On avait pris pour le méat urinaire un petit pertuis situé à peu près sur la ligne médiane, un peu au-devant, entre lui et le clitoris. Le procédé mis en usage fut celui qu'indique M. Velpeau. La malade ne fut point sondée, ses urines coulèrent par regorgement; on lui fit même défense de s'exposer à de nouvelles tentatives en faisant appeler le chirurgien de service. Quelques jours après, le cours des urines se rétablit. Mon collègue et ami, M....., l'interne de la salle, sachant que je m'occupais à rechercher les difficultés que le cathétérisme chez la femme peut présenter, eut la bonté de me prévenir. Je vis la malade quatre jours après la dernière tantative; les suites n'en furent pas graves, mais toujours est-il qu'il y eut une fausse route longue de quatre pouces environ. Avant d'examiner les parties, je dus tenter le cathétérisme; je m'attendais à des obstacles; mon but était d'essayer de les surmonter sans découvrir la malade; mais la sonde pénétra immédiatement sans résistance dans la vessie, et tellement que M... fut quelque peu surpris de la vitesse et de la facilité avec laquelle l'opération avais été pratiquée. La femme voulut bien ensuite me permettre de l'examiner. Je vis tout le vestibule, les nymphes, les abords du clitoris, dont on n'apercevait guère que la place, envahis par un tissu fongueux, violacé, friable, à surface inégale, et dans lequel on remarquait principalement trois dépressions, profondes d'une à trois lignes, à bords arrondis, ayant d'une à deux lignes d'ouverture; en un mot, trois espèces de sinus, que l'on pouvait facilement confondre avec l'ouverture de l'urètre. L'un d'eux, celui dans lequel on avait enfoncé la sonde, était à cinq lignes au-dessus du méat urinaire, à peu près sur la ligne médiane; les deux autres, qui n'avaient pas tout-à-fait le même niveau, étaient, l'un à droite, l'autre à gauche du premier, à peu près à la même distance, trois lignes. Quant à l'orifice urétral, il se trouvait tout-à-fait en bas, difficilement apercevable, masqué par des plis de la membrane muqueuse du vagin, dont la paroi antérieure proéminait un peu en avant et en bas. Je retournai cinq jours après revoir cette femme, qui alors n'avait rien éprouvé de nouveau. Le lendemain les urines furent retenues, et le cathétérisme fut encore tenté, sans succès, par l'interne du service. La malade ayant recouvré la faculté d'uriner seule, quitta l'hôpital peu de jours après.

Ainsi un hasard heureux n'a pas pu faire que la sonde s'engageât toujours et ne s'engageât que dans l'urètre. Ce procédé n'eût pas été employé sur la femme Simonet sans douleurs ni sans difficultés, si même on avait été assez heureux pour réussir.

Au reste, M. Velpeau lui même ne semble pas regarder ce procédé comme toujours certain. En effet, il ajoute: « On réussirait plus sûrement encore en ramenant la sonde de bas en haut; son extrémité étant appliquée sur la pulpe du médius droit, pendant que » l'annulaire de la même main sert en quelque sorte » de sentinelle ou de moyen explorateur. En effet, ce » doigt distingue très-bien la fourchette, puis l'entrée, » puis la colonne antérieure du vagin, dont la terminaison, plus ou moins renflée en forme de tubercule, » se trouve immédiatement au-dessous de l'orifice urétral. Arrivé à ce point, l'annulaire s'y arrête. Les autres doigts font glisser la sonde sur sa pulpe, et s'en » servent comme d'un conducteur. Le méat ne peut pas » être à plus d'une ligne ou deux de distance. On tâtonne un peu, et l'on entre presque toujours avec facilité dans le canal. » Ce procédé, ainsi établi, peut-il être considéré comme moyen toujours sûr de réussir? M. Velpeau semble ne pas en être certain. Comme procédé, pour lui, il l'emporte seulement sur le précédent. N'est-ce pas en effet l'avouer positivement que de dire: « On tâtonne un peu, et l'on entre presque toujours avec facilité dans le canal. » Ce procédé en effet ne peut donner qu'une probabilité à son auteur, puisqu'il attribue à un organe étranger à l'urètre, au vagin dans l'extrémité de sa paroi antérieure, le tubercule qui sert de point de départ pour l'opération: dans son anatomie, M. Velpeau ne s'était pas expliqué sur ce point. Si on n'observe pas de grandes variations de rapports entre la terminaison de l'urètre et celle du vagin, rien ne donne la certitude que de semblables variations soient impossibles. Les tissus qui au vestibule recouvrent le tubercule urétral, appartenant aux organes génitaux, éprouvent des modifications de volume en harmonie avec celles de ces organes: M. Velpeau a dû croire à une variation de rapports du tubercule avec l'orifice de l'urètre. Ce moyen, en effet, meilleur que les autres, devait donc par l'effet de variations de rapports, dont on ne pouvait assigner la limite, perdre de son importance. Ne sait-on pas d'ailleurs que toutes les saillies des parois du vagin sont, par l'effet de distensions répétées de cet organe, susceptibles de s'effacer complétement. Le tubercule pouvait donc ne pas exister toujours. On ne pouvait donc compter sûrement sur le procédé, puisque sa condition essentielle était supposée pouvoir manquer. C'est ainsi que l'observation inexacte d'un fait met dans l'impossibilité d'en tirer les conséquences rigoureuses qu'il peut avoir.

Pour nous, ce tubercule, qui est la terminaison en bas de la membrane externe de l'urètre, est constant. Nous y trouvons donc un moyen simple, facile et certain, d'arriver à l'orifice du canal. Sa consistance ferme, sa forme limitée en avant et sur les côtés, sa position au-dessus et à la partie antérieure de la portion moyenne de la paroi du vagin, empêcheront de le confondre avec les replis que peut présenter ce dernier conduit. C'est dans les cas de relâchement ou de prolapsus de la paroi antérieure du vagin que cette erreur peut être commise.

Quelle que soit la position de la femme, pourvu que l'algalie puisse arriver jusqu'à l'urètre, si le canal est libre, rien ne s'oppose à ce que le cathétérisme puisse toujours être pratiqué. Cependant comme les malades se trouvent presque toujours couchées horizontalement sur le dos, que cette position est la plus commode tout

à la fois pour la femme et pour le chirurgien, nous la supposerons : et ce que nous en dirons s'appliquera facilement à toutes les autres. Le chirurgien peut être indifféremment placé à la droite ou à la gauche de la malade. Si nous le supposons de cette dernière manière, un doigt de la main gauche, l'indicateur de préférence, porté de la fourchette vers la paroi antérieure du vagin, appuyant sa pulpe d'avant en arrière et de bas en haut, dans une étendue d'un demi-pouce environ, sur la partie moyenne, reconnaîtra le tubercule urétal. Si on le juge nécessaire, l'indicateur ou le médius de l'autre main, avec laquelle on tient la sonde, porté immédiatement en avant et au-dessus du tubercule, donnera la sensation du creux formé par l'orifice de l'urètre. Avec un peu d'exercice, on rend cette précaution inutile. Le doigt de la main gauche repousse légèrement en arrière et en haut la paroi du vagin, et tend, par le premier mouvement, à refouler un peu en arrière aussi la paroi inférieure de l'urètre, et par le second, à donner à l'ouverture plus d'étendue transversalement. Le bec de la sonde glissant d'avant en arrière sur la pulpe du doigt, un peu de bas en haut, rencontre une sorte d'arrêt dans la paroi supérieure de l'urètre ; de plus la fente transversale étant plus large, une déviation légère de côté n'empêchera pas l'instrument de pénétrer dans l'orifice. Une fois la sonde à l'orifice de l'urètre, le doigt qui est à l'entrée du vagin, s'enfonçant un peu, si c'est possible, sans jamais rien déchirer, le long de la paroi antérieure de ce conduit, en reconnaît la direction, et par conséquent celle de l'urètre. L'algalie, poussée par l'autre main simultanément, j'oserais dire, s'avance sûrement dans la direction connue. Je pourrais rapporter plusieurs cas observés tant sur des malades que dans les amphithéâtres d'anatomie, et dans lesquels en poussant la sonde comme le recommandent les livres, d'avant en arrière et un peu de bas en haut, on heurtait presqu'à l'angle droit contre la paroi supérieure du canal. Ces cas se rencontrent chez des personnes à chairs molles, sans élasticité. La paroi supérieure de l'urètre, déprimée, coiffe pour ainsi dire le bec de l'instrument; et on aurait beau presser, tourner, on risquerait de faire fausse route, mais on n'avancerait pas la sonde. Ce n'est qu'en suivant la direction de l'urètre que l'on arrive facilement à la vessie; le doigt, qui n'a pas quitté l'entrée du vagin, si l'instrument rencontre un obstacle, s'avance, et en apprécie la nature. C'est ordinairement une tumeur appartenant à l'utérus, aux parois du vagin, aux parties qui composent le bassin ou qui y sont contenues. C'est alors que la direction de l'urètre peut être déviée de côté. Le doigt faisant connaître la déclinaison du raphé ou de la partie moyenne du vagin, donne celle de l'urètre, et rend facile l'introduction de l'algalie, que souvent on ne pouvait auparavant faire avancer. La direction de l'urètre, dans ces cas de déviations latérales, peut aller jusqu'à former, avec le plan de symétrie du corps, un angle de 35 à 45 degrés et plus. Les variations de direction, de haut en bas ou de bas en haut (la femme étant supposée couchée), sont quelquefois telles qu'une algalie droite devient presque verticale. Les cas dans lesquels l'instrument doit être dirigé de bas en haut sont à beaucoup près les plus nombreux, il est vrai ; mais on doit être prévenu de la possibilité des autres, et par conséquent se garder de toujours, aussitôt la sonde entrée dans l'urètre, pousser l'instrument en avant et en haut. La direction de l'urètre de haut en bas a lieu dans certains cas de cystocèle vaginale et dans les renversemens de vagin, etc. ; les déviations latérales se combinent souvent avec les deux autres.

Nous avons supposé en commençant que le doigt de la main gauche pouvait être porté de la fourchette vers le vagin, mais quand un appareil, ou l'impossibilité d'écarter les cuisses y met obstacle, il doit se glisser pour gagner l'entrée du vagin entre les nymphes, en évitant avec soin de toucher au clitoris.

Ainsi donc le chirurgien, placé au côté gauche de la femme, qui est couchée sur le dos, porte l'indicateur de la main gauche à la partie inférieure et moyenne de la paroi antérieure du vagin ; avec la pulpe du doigt reconnaît le tubercule urétral, qu'il ramène un peu en arrière, et le comprime très-légèrement de bas en haut; présente à l'orifice de l'urètre l'extrémité de l'instrument tenu de la main droite ; s'assure de la direction de la paroi antérieure du vagin et de l'urètre; et, poussant l'algalie légèrement enduite d'un corps glissant, la fait pénétrer dans la vessie. Ce procédé, à la fois facile, sûr et prompt, nous a toujours réussi. Il évite les tâtonnemens, quelquefois douloureux, qui sont communs à tous les autres procédés dans lesquels on ne se sert pas de la vue. Aussi nous a-t-il semblé qu'il était apprécié des femmes qui avaient été sondées autrement, et que l'opération cessait de leur inspirer aucune appréhension.

L'instrument que l'on trouve dans l'étui des chirurgiens pour sonder les femmes me semble au moins inutile, et je pense qu'il peut y être remplacé avantageusement par une sonde d'homme ordinaire qui n'aurait que huit pouces. Cet instrument, d'une seule pièce, serait d'une longueur suffisante pour les hommes, puisque M. Malgaigne a constaté que l'urètre de l'homme n'a guère plus de six pouces en longueur (1). Dans les cas où la direction de l'urètre n'est pas modifiée, la sonde d'homme, pour le cathétérisme chez la femme, n'a que l'avantage d'être plus commode, en portant l'urine dans un vase qui a besoin d'être moins rapproché. Mais dans les cas de déviations, ses avantages sont évidens ; outre plus de facilité pour l'introduire et arriver à la vessie, la sonde, sans la courbure, viendrait porter sur le matelas, ou aurait son ouverture extérieure presque directement en haut. La sonde de femme enfin, par cela même qu'elle est presque droite, ne peut dans bien des cas servir aux explorations de la vessie; elle ne pourrait, en effet, toujours faire reconnaître un calcul peu volumineux placé sur un des côtés de la ves-

(1) Lisez : atteint rarement six pouces de longueur.
(*Note du Réd.*)

sie, qui ordinairement est déprimée de chaque côté du vagin; elle ne pourrait le plus souvent pénétrer dans la portion de cet organe qui forme les tumeurs appelées cystocèles.

III. DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME.

Ne pouvant songer à passer en revue les affections dont l'urètre peut être le siège, et encore moins ses vices de conformation, je rapporterai seulement l'observation d'un cas de contraction spasmodique prolongée qui mit obstacle au cathétérisme; je donnerai également quelques observations de rétrécissemens organiques, et enfin quelques observations de fongosités de l'urètre et du pourtour de son orifice externe.

RETRÉCISSEMENS SPASMODIQUES DE L'URÈTRE.

Obs. III. — Le 14 du mois d'août 1833, au moment de la visite, deux femmes se présentent à l'hôpital de la Charité: l'une, que l'autre soutenait, dans un abattement complet, réclamait les secours les plus urgens; elle n'avait pas uriné depuis 24 heures, et sa vessie était arrivée à un état de distension considérable. Elle quittait un médecin qui, n'ayant pu réussir à la sonder, l'avait engagée à venir immédiatement à l'hôpital de la Charité, où elle trouverait tous les moyens de secours possibles. Placée sur un lit, les jambes écartées, les vêtemens relevés, M. Roux, qui interrompit sa visite, usant de toute la patience et de l'adresse qu'on lui connaît, essaya, mais vainement, de faire pénétrer une sonde dans la vessie: dans ses tentatives, qui furent longues, il employa tour à tour une sonde de femme et des sondes de gomme élastique de calibre très-petit. L'obstacle semblait exister à 6 ou 8 lignes du méat urinaire. Jugeant dès-lors la ponction de la vessie nécessaire, si la malade n'urinait pas dans la journée, M. Roux dit d'apprêter, pour six heures du soir, les objets nécessaires à l'opération. Dans l'intervalle, la malade fut mise au bain, et on lui appliqua des sangsues au périnée. M. Roux n'étant pas encore venu à sept heures, en l'absence de mon collègue que je remplaçais, je visitai la malade, sur laquelle, depuis le matin, on n'avait fait aucune tentative nouvelle pour la sonder. Je la trouvai accroupie dans un bain de siège; et immédiatement, sans le plus léger obstacle; je pus faire pénétrer dans la vessie une sonde d'enfant d'une ligne et demie de diamètre. M'attendant à des difficultés, je crus presque que la sonde avait glissé dans le vagin; mais le jet d'urine ne me laissa pas long-temps incertain, et ne surprit pas moins agréablement la malade, habituée à souffrir beaucoup chaque fois qu'on la sondait. Ayant laissé écouler l'urine dans le bain, je ne saurais en évaluer la quantité, qui était considérable. Cette femme, ayant depuis recouvré la faculté d'uriner spontanément et sans difficulté, sortit de l'hôpital, bien portante, quatre jours après son entrée.

Obs. IV. — Victorine S..., âgée de 30 ans, employée *in lupanario*, m'ayant fait appeler quelque temps après pour une maladie étrangère à l'urètre, me donna les renseignemens suivans. Déjà à différentes reprises, à quelques mois d'intervalle les unes des autres, elle avait éprouvé le même accident. Plusieurs fois elle n'avait pu être sondée immédiatement; ce n'était qu'en répétant les tentatives, et toujours avec beaucoup de douleur, qu'on parvenait à la sonder. Après s'être adressée à plusieurs médecins, elle eut recours à un chirurgien qui s'occupe plus spécialement et avec renom des maladies des organes genito-urinaires. M...., croyant à un rétrécissement organique, employa, pendant plusieurs mois, des bougies d'une grosseur graduellement accrue jusqu'à dépasser le calibre des sondes de femme ordinaires. Mais peu de temps après qu'on en eut cessé l'emploi, les accidens s'étant reproduits avec la même difficulté d'arriver à la vessie, tandis que la veille encore la malade urinait par un gros jet, M.. supposa qu'il existait dans la vessie, au voisinage du col, une tumeur fugueuse dont une partie plus ou moins flottante pouvait arriver jusqu'à l'urètre qu'elle bouchait accidentellement, et mettait obstacle au cathétérisme. Cette femme, ne doutant pas que la rétention d'urine ne se reproduisît, me fit promettre d'aller la sonder. Le fait me paraissait trop singulier pour que je ne m'y engageasse pas volontiers. J'attendis plus long-temps qu'elle ne m'avait fait espérer; mais enfin, dans les derniers jours du carnaval (1834), on m'apporta la lettre la plus pressante pour me rendre auprès d'elle, *muni de sondes*. Je la trouvai dans des angoisses difficiles à dépeindre. L'ayant fait coucher sur le dos aussitôt mon arrivée, je fus assez heureux pour introduire dans la vessie, immédiatement, sans pour ainsi dire que la malade le sentît, une sonde d'homme ayant au moins deux lignes de diamètre. Après avoir vidé la vessie presque complétement, l'exploration de sa cavité ne me fit rien reconnaître; je n'en trouvai pas davantage quand l'urine fut complétement évacuée. Ayant imprimé avec précaution quelques mouvemens lents à la sonde, je ne sentis aucune trace d'engorgement partiel dans l'urètre qui, au moment de mon exploration, était loin d'être rétréci. Le doigt porté dans le vagin, je ne trouvai ni tumeur dans le bassin, ni déplacement de l'utérus que je pusse soupçonner être cause de la rétention de l'urine; seulement j'appris de la maîtresse du lieu que Victorine, d'un caractère très-érotique, était aussi passionnée pour le vin, et que ses rétentions d'urine, et notamment la dernière, étaient consécutives à une orgie. Cette femme n'a pas eu de récidive depuis: je crois être sûr qu'elle m'aurait fait prévenir.

RÉTRÉCISSEMENT ORGANIQUE DE L'URÈTRE.

Obs. V. — Le 16 mars 1834, une femme nommée Marie-Louise Falg..., âgée de 63 ans, entra à l'hôpital de la Charité, où elle fut placée au lit n° 11 de la salle Ste-Rose. Quand je la vis pour la première fois, le jour de son entrée, je la trouvai triste, abattue, ayant la face grippée et dans un état de contraction qui indiquait la souffrance. Elle n'avait point uriné de la jour-

née ; et les jours précédens, ce n'avait été qu'avec peine et à la suite d'efforts, qu'elle avait rendu goutte à goutte, et à diverses reprises, une petite quantité d'urine. La vessie ne fait point saillie au-dessus des pubis ; mais les parois abdominales étant mises dans le relâchement, on sent profondément, à l'hypogastre, une tumeur arrondie, et qui, percutée, rend un son mat. J'essayai donc, avec une algalie ordinaire de femme, de sonder la malade. Je reconnus bien, par le toucher, le méat urinaire ; mais ce fut en vain que je voulus y faire pénétrer l'instrument : à la moindre pression pour le faire entrer, la malade éprouvait de vives souffrances. Elle me fit part alors qu'il y a environ dix-sept ans, elle avait été dans le même cas, et que M. Dupuytren, dont elle parle avec vénération, « avait eu de la peine à la sonder, et ne l'avait fait qu'au bout de trois jours, après lui avoir fait prendre des bains dans l'intervalle ; qu'il l'avait guérie en lui plaçant dans le canal de petits instrumens qu'elle avait apportés. » Et en effet, elle me montra trois sondes de gomme élastique de calibre varié, longues de 7 à 8 pouces. M'étant assuré par le toucher qu'il n'existait aucun déplacement de l'utérus, ni tumeur quelconque qui pussent comprimer l'urètre, je me pourvus d'une sonde d'enfant du plus petit calibre (une ligne environ) ; je la présentai à l'orifice externe de l'urètre, où elle pénétra presque sans effort jusqu'à 4 ou 5 lignes ; mais arrivée là, elle fut fortement étreinte, et ce n'est qu'en la poussant doucement, lentement, et en lui imprimant de légers mouvemens de droite à gauche, de haut en bas et réciproquement, que je parvins à la faire pénétrer dans la vessie.

Après avoir laissé écouler une partie de l'urine, je m'assurai, en promenant le bec de la sonde, que la vessie n'offrait dans sa sensibilité ou dans sa structure rien de remarquable ; seulement elle avait peu de capacité. Cette femme n'était nullement malade d'ailleurs.

A la visite du jour suivant, le chef de service, M. Guerbois, tanta et reconnut l'impossibilité d'introduire une sonde de femme. Je replaçai, en sa présence, la sonde dont je m'étais servi la veille, et il put s'assurer, par l'étreinte qu'elle éprouvait, que l'introduction d'une autre sonde d'un calibre plus fort ne devait pas être tentée. Les urines de la malade laissent déposer une petite quantité de mucosités. De la tisane de réglisse et de chiendent, des bains, la demi-portion pour aliment, lui sont prescrits. Après avoir sondé la malade plusieurs fois par jour avec des sondes d'argent dont le calibre allait graduellement en augmentant, je lui mis à demeure des sondes de gomme élastique.

Le 20 avril, elle avait une sonde de plus de 3 lignes de diamètre. La malade, d'un caractère léger et vif, depuis qu'elle n'éprouvait plus de souffrances pour uriner, avait repris toute sa gaieté, et dans un moment de joie, trop confiante dans son état amélioré, elle crut pouvoir demander la suppression de la sonde ; mais bientôt, 12 jours après, le volume du jet d'urine avait diminué ; l'instrument de dilatation fut remis en place pendant un quart d'heure chaque jour. Craignant, d'après cet essai, que le rétrécissement ne se reproduisît promptement, j'engageai la malade à se sonder elle-même ; mais toujours aveuglée par son état présent, elle ne voulut jamais l'essayer. Elle quitta l'hôpital le 10 mai. Récemment elle est revenue à la salle Ste-Rose, pour une contusion légère ; et je m'assurai, à ma grande satisfaction pour elle, que son rétrécissement n'avait point fait de progrès sensibles. Je pus lui placer assez facilement dans l'urètre une sonde de gomme élastique, n° 12, que je lui laissai à demeure pendant trois jours entiers.

Cette femme, d'une petite stature, d'un caractère gai, facétieux même, avait été dans sa jeunesse, sous l'empire, demoiselle de comptoir dans un magasin de la rue de Richelieu. Elle eut alors la faveur d'un ambassadeur italien fameux, le prince de la Sœp..., qui voulut l'emmener en Italie ; mais elle préféra rester à Paris, où elle fut long-temps la maîtresse d'un capitaine de grenadiers de la garde impériale ; elle ne me fit mystère d'aucune particularité de sa vie, sur laquelle je l'interrogeais je dus donc encore la croire qu'and elle m'assura que *jamais elle n'avait attrapé de mal, pas même le plus léger écoulement.* Je la questionnai à plusieurs reprises à ce sujet, tâchant, par des demandes détournées, de lui éviter l'ennui d'un aveu complet ; ce fut toujours en vain. Si donc chez elle le rétrécissement n'a pas été causé par l'inflammation chronique de l'urètre, doit-on l'attribuer à une disposition spéciale? Je ne serais pas éloigné de le croire ; je me suis assuré, en effet, que le conduit vulvo-utérin était remarquablement étroit, non-seulement à son entrée, mais aussi dans toute son étendue.

L'observation suivante appartient à M. Gasnault, qui a bien voulu me la communiquer.

Obs. VI — Au mois d'août 1833, je fus appelé à donner mes soins à madame M..., malade, me dit-on, depuis sept à huit ans, sans avoir jamais réclamé les secours de la médecine. Cette dame, âgée de 53 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution assez robuste, se plaignait de douleurs violentes dans tout le pourtour du bassin, d'une pesanteur fort incommodes, d'une grande difficulté à uriner, de nausées, de vomissemens, etc.

Le toucher et l'application du spéculum me firent reconnaître un engorgement assez considérable du corps de l'utérus, et deux petites excoriations sur la lèvre postérieure du col, plus gros que dans l'état normal, et très-court. Je mis en usage, dans cette circonstance, tous les moyens le plus généralement conseillés, d'accord avec M. Lisfranc, qui fut appelé en consultation.

Au mois de février suivant, malgré la grande amélioration que nous avions obtenue, et la cicatrisation complète des excoriations, madame M....., éprouvant toujours des douleurs et autant de difficulté pour uriner (l'urine ne sortant pour ainsi dire que goutte à goutte), je voulus introduire une sonde ordinaire de femme dans la vessie, pour m'assurer de son état ; mais à la résis-

tance que j'éprouvai, je reconnus facilement un rétrécissement considérable du canal de l'urètre, car il me fut impossible d'y faire pénétrer une bougie extrêmement fine. Je fis de nouveau demander M. Lisfranc, qui constata en effet ce rétrécissement, et parvint cependant, avec beaucoup de peine à la vérité, à faire pénétrer dans la vessie la petite bougie dont je m'étais servi, et pensa qu'on pourrait obtenir la dilatation à l'aide des bougies; nous employâmes en même temps les bains de siége émolliens, des boissons adoucissantes, un régime végétal, et le repos le plus absolu que madame M.... gardait depuis le commencement du traitement. La malade se soumit bien trois ou quatre fois à l'introduction de la petite bougie et d'une autre un peu plus grosse; mais l'inflammation et les douleurs qui en résultèrent, la firent renoncer entièrement à ce mode de traitement, et il fallut s'en tenir aux autres moyens indiqués. Quoi qu'il en soit, au bout d'une quinzaine de jours, les douleurs n'en avaient pas moins perdu beaucoup de leur intensité, la malade urinait moins fréquemment et avec plus de facilité. Enfin, à partir de ce jour, la dilatation du canal s'opéra insensiblement sous l'influence de ces faibles moyens, et aujourd'hui, 1er mai, madame M.... est presque entièrement rétablie.

Madame M..., ajoute M. Gasnault, étant restée longtemps sans me faire aucune confidence qui pût m'éclairer sur la cause de ce rétrécissement, je dus penser, d'après l'âge avancé de la malade, que cette affection était symptomatique de l'inflammation de l'utérus, qui s'était à la longue propagée au canal de l'urètre; mais, dans ces derniers temps, pressée par mes questions, madame M... finit par m'avouer qu'elle a eu, il y aurait dix ans environ, un écoulement blennorrhagique qu'elle avait conservé plus d'une année sans oser se confier à un médecin, et que depuis cette époque elle avait toujours souffert de plus en plus en urinant. Ne doit-on pas en conclure que ce rétrécissement est la suite de l'écoulement négligé, et qui aura été aggravé par l'inflammation de l'utérus?

Je dois un troisième exemple de rétrécissement organique de l'urètre à M. Sabatier.

Obs. VII. — Mademoiselle A..., femme entretenue, eut, à deux reprises différentes, une blennorrhagie, caractérisée chaque fois par une vive chaleur et une douleur assez cuisante en urinant, un écoulement assez abondant et verdâtre par le vagin. La seconde de ces blennorrhagies fut très-opiniâtre, et ce ne fut qu'après un temps assez long que la douleur et la cuisson en urinant cessèrent de se faire sentir. Cette jeune femme resta sujette à des flueurs blanches assez abondantes; et la vie, fort agitée d'ailleurs, qu'elle menait, ne contribuait pas peu à les entretenir.

A l'âge de 22 ans, elle eut un troisième écoulement, puis un chancre et un bubon à l'aine droite. Appelé alors auprès de la malade, je lui donnai mes soins. Je cherchai à faire avorter le bubon, mais il était trop tard; il suppura, fut ouvert, et la cicatrice obtenue assez rapidement.

Après avoir combattu la blennorrhagie par le copahu, je fis suivre un traitement mercuriel, et après deux mois environ, mademoiselle A... étant rétablie, reprit son train de vie habituel.

Dix-huit mois après environ, en août 1832, mademoiselle A... vint me consulter, disant que depuis quelque temps elle éprouvait une grande difficulté à uriner; que l'urine parfois ne sortait que goutte à goutte et avec beaucoup d'efforts, et que même souvent elle éprouvait l'impossibilité totale de satisfaire au besoin d'uriner, et qu'ensuite, après un temps plus ou moins long, elle en recouvrait la faculté; mais alors le jet était très-faible, et l'émission de l'urine fort longue à s'accomplir. Je cherchai alors à introduire une sonde ordinaire de femme dans la vessie; mais à peine l'instrument eut-il franchi la moitié environ de la longueur de l'urètre, qu'il fut arrêté par un obstacle que je ne pus lui faire dépasser. Je pris alors une sonde de gomme élastique d'un calibre plus faible, mais je ne réussis pas mieux. Le rétrécissement était assez considérable pour qu'une bougie n° 1, que j'introduisis le lendemain, eût quelque peine à arriver jusqu'à la vessie. L'introduction de la bougie causa une assez vive douleur; je la laissai en place et la fixai. La malade la conserva pendant quatorze à quinze heures, et la retira. Le jour suivant, je la replaçai avec moins de peine; la malade la garda, et l'urine s'échappa cette fois entre la bougie et le canal. J'arrivai graduellement ainsi jusqu'au n° 8 dans l'espace de 15 jours.

A cette époque, la présence de la bougie devint tellement gênante et causait une telle irritation nerveuse, que je crus devoir ne pas chercher à obtenir une plus forte dilatation. J'associai à ce moyen principal, pendant le cours du traitement, tous les moyens accessoires qui pouvaient le rendre plus supportable et combattre l'irritation qu'il déterminait. Mais voyant qu'ils étaient insuffisans, et que d'ailleurs la malade urinait alors sans difficulté, j'abandonnai la dilatation permanente et recommandai à la malade, qui avait appris à se sonder elle-même, d'introduire tous les deux jours pendant une heure, la dernière bougie. Elle le fit pendant 8 à 10 jours, puis en éloigna de deux, trois et quatre jours l'introduction. De cette manière mademoiselle A... conserva depuis la faculté d'uriner facilement; mais elle était obligée de recourir de temps en temps à l'introduction de la bougie, précaution que je lui avais fortement recommandée, pour éviter d'être reprise plus tard des mêmes accidens que la première fois.

J'ai revu cette jeune femme au mois d'octobre 1833; depuis elle est partie pour l'Angleterre, et je n'en ai plus entendu parler; et comme elle m'avait promis, dans le cas où de nouveaux accidens surviendraient, de me le faire savoir, je présume que, jusqu'à présent au moins, elle n'en a pas éprouvé.

Obs. VIII. — Dans les deux premiers mois de cette année, une femme qui était entrée la veille dans le service dont M. Rostan est le chef, à l'hôpital de la Pitié, déclara ne pouvoir uriner. La vessie reconnue pleine, M. Dupleix, chef de clinique, ne put pratiquer le ca-

thétérisme. M. Rostan n'ayant pas été plus heureux, M. Lisfranc fut prié de voir et de sonder la malade. Les efforts du chirurgien de la Pitié furent aussi sans succès; il fut reconnu seulement que la malade avait un rétrécissement organique de l'urètre porté à un haut degré. On fit passer la malade dans les salles de chirurgie, pour y être traitée; mais le lendemain elle voulut sortir, et depuis on n'en a plus entendu parler.

Si la blennorrhagie vaginale est fréquente, dans les cas bien moins communs où elle s'étend jusqu'à l'urètre, il est ordinaire qu'elle reste bornée au bourrelet de son orifice. L'inflammation, occupant d'ailleurs une grande surface accessible aux moyens topiques, est ordinairement moins intense, et se termine souvent par résolution. Aussi, les rétrécissemens organiques de l'urètre, qui presque toujours ont pour origine une inflammation chronique, sont-ils rarement observés chez les femmes. Il y a des chirurgiens attachés à de grands services de femmes dans les hôpitaux, ayant une clientelle nombreuse, qui n'ont jamais eu occasion d'en voir. Malgré des recherches assez étendues dans des ouvrages de chirurgie, et surtout dans les collections de journaux, ces vastes cimetières où l'on enterre une foule de faits isolés, rares, je n'ai pu en découvrir une seule observation. Quoique je pense que d'autres seront plus heureux, cette considération m'a déterminé à consigner ici les faits de ce genre que l'on a bien voulu me communiquer. Je pensais pouvoir y joindre un fait de plus, observé sur une femme qui, en 1831, était à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 18, et chez laquelle M. Dupuytren « introduisit un bistouri boutonné dans l'urètre, qu'il incisa crucialement de la profondeur d'une ligne environ, pour chacune des quatre incisions. » M. Blondelot, alors interne de la salle, auquel j'écrivis à Nancy pour compléter les renseignemens que l'on m'avait donnés, vient de me répondre, entre autres choses : « Jamais le fait n'a été pour moi fort clair. »

Je pense cependant que les faits de ce genre sont moins rares que cette absence d'observations écrites ne semble le faire supposer. En effet, chez les femmes qui ont l'urètre rétréci, l'émission de l'urine, devenue plus fréquente, mettra obstacle à l'oblitération complète du canal, et tant que la malade pourra uriner, elle se gardera bien d'en parler à personne.

FONGOSITÉS DE L'URÈTRE.

Obs. IX. — Le 2 mai 1834, une jeune fille de 15 ans, Jenny P..., fut admise à l'hôpital de la Charité, et placée au lit n° 1 de la salle Sainte-Catherine. Cette jeune personne, jouissant d'une bonne santé d'ailleurs, depuis vingt jours environ ne pouvait uriner qu'avec effort, et non sans de vives souffrances. En examinant, on voyait au-devant de l'orifice externe de l'urètre, qui était masqué, surtout en bas, une tumeur arrondie, d'un rouge vif, de six à huit lignes de diamètre environ. Douée d'une sensibilité exagérée, elle s'implantait par un pédicule sur la paroi inférieure de l'urètre. Le 7 mai, M. Roux, au moyen d'un bistouri boutonné, en fit l'excision. Quelques gouttes de sang suintèrent à peine de la petite plaie. La malade eut, pendant quelques jours, une blennorrhagie légère et circonscrite aux environs du pédicule excisé : dix jours après l'excision, elle était complétement guérie. La tumeur, examinée, parut composée d'une membrane muqueuse et d'un peu de tissu cellulaire sous-jacent.

Récemment il y avait encore dans la même salle une femme offrant un fait du même genre ; le traitement fut le même et son résultat aussi. M. Rufz m'a communiqué l'observation d'un cas de ce genre qui, pendant dix-neuf mois, causa de vives douleurs à la femme qui le présentait. La tumeur fut méconnue tout le temps qu'elle ne fit point saillie au dehors. Tous les moyens anodins employés pour soulager la malade furent inutiles. L'excision seule, en enlevant la tumeur, la rendit à la santé. Ces fongosités peuvent aussi prendre naissance de la muqueuse à l'orifice externe de l'urètre, et acquérir un développement plus considérable, comme dans le cas suivant.

Obs. X. — Une petite fille de 10 ans, d'une bonne constitution, souffrait beaucoup en urinant. Elle fut envoyée à l'hôpital des Enfans malades, au mois de juillet 1832. A l'examen des parties génitales, nous reconnûmes une fongosité rougeâtre étalée en entonnoir, de telle sorte que l'entrée du vagin était complétement fermée; mais un stilet, conduit autour des bords de cette fongosité, permit de la soulever. On reconnut au-dessous l'entrée du vagin, *encore fermée par l'hymen.* Quant à la fongosité, elle avait son origine au pourtour de l'urètre. Les moindres attouchemens éveillaient de vives douleurs. La petite malade était obligée de marcher les jambes écartées.

Après lui avoir fait prendre quelques bains, la fongosité fut excisée; et, dès le lendemain, l'émission de l'urine eut lieu sans douleur. Plusieurs mois après, la fongosité n'avait point reparu.

Obs. XI. — Dans le courant de la même année, mon collègue, M. Rufz, à qui je dois l'observation précédente, fut prié, par les parens, d'examiner une petite fille de 8 à 10 ans, de constater qu'elle avait été violée, et de certifier la chose par écrit. On lui donna en même temps à voir le certificat d'un médecin qui l'affirmait. M. Rufz reconnut une fongosité semblable à celle de l'observation précédente, qui avait saigné récemment. Il rassura les parens sur la virginité de leur enfant, et il n'en entendit plus parler. Cette petite fille avait été vue répandant des pleurs au moment où elle sortait d'un bateau à charbon. Les parens voulant en savoir la cause, elle indiqua la partie inférieure du tronc, où elle souffrait. Aussitôt de regarder, et bientôt on n'a hâte que d'amasser des certificats pour entamer une procédure criminelle. Le *coupable* n'était qu'un morceau de bois contre lequel probablement la petite fille s'était heurtée.

—

N° DU 20.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DU FOIE (the anatomy and physiology of the liver); par M. Francis KIERNAN.

Ce mémoire a été inséré dans les *Transactions philosophiques* de l'année 1833. Il est destiné à éclairer la structure d'un organe dont les anatomistes et les physiologistes se sont beaucoup occupés, et sur lequel il reste encore bien des doutes et des obscurités. Je crois que le remarquable travail de M. Kiernan en lève plusieurs. Il expose des idées neuves et vraies, ce me semble, sur la disposition des vaisseaux dans le foie, il montre que ce viscère n'est composé que d'une substance unique. De là découlent nécessairement des aperçus nouveaux sur la physiologie et les altérations pathologiques du foie. Tout cela m'a engagé à faire connaître avec détail aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE le beau mémoire de M. Kiernan.

Les travaux de fine anatomie ont toujours un grand intérêt. De même que l'anatomie que j'appellerai plus grossière par comparaison, a été nécessaire pour l'explication du mécanisme des organes entre eux, de même les recherches sur la structure intime de nos parties sont indispensables pour pénétrer plus loin et éclairer des phénomènes qui sont plus reculés de nos yeux. M. Kiernan étudie dans le foie 1° les lobules; ce sont les grains reconnus depuis long-temps par les anatomistes; 2° les surfaces du foie : il en distingue trois, l'extérieure, celle qui correspond à la veine porte, et celle qui correspond aux veines hépatiques : 3° la structure des lobules.

Des lobules. — Le lobule est caractérisé par la présence d'une petite veine hépatique qui en parcourt le centre, et limité par les ramifications de la veine porte, de l'artère hépatique et du conduit biliaire, ramifications qui le circonscrivent et qui l'entourent.

Les veines hépatiques avec les lobules ressemblent beaucoup au tronc, aux branches et aux feuilles d'un arbre. Les lobules peuvent être comparés aux feuilles; leur substance est disposée autour des petites veines hépatiques de la même manière que le parenchyme d'une feuille est disposé autour de la nervure principale. M. Kiernan donne le nom de veine intralobulaire à ce ramuscule qui occupe le centre du lobule. Chaque veine intralobulaire est composée d'un vaisseau central et de quatre, six ou huit plus petits vaisseaux qui se terminent dans le vaisseau central. Les lobules ne sont cependant pas des corps plats comme les feuilles; ils ont les trois dimensions, et autant de portions qu'il y a de petites veines retournant à la veine intralobulaire. Ce sont de petits corps serrés les uns à côté des autres, se ressemblant dans leur forme générale, et à peu près de la même grosseur; et comme chaque veine intralobulaire se réunit à une veine plus grande, que M. Kiernan nomme sublobulaire, il en résulte que les lobules sont rangés autour des veines sublobulaires. Les canaux qui renferment les veines hépatiques peuvent s'appeler canaux ou surfaces hépatico-veineuses; et attendu que la base de chaque lobule repose sur une veine sublobulaire, il est évident que les canaux qui renferment ces veines sont formés par les bases de tous les lobules du foie. La surface externe de chaque lobule est couverte par une expansion de la capsule de Glisson qui le réunit aux lobules contigus et l'en sépare. Les lobules paraissent plus grands quand on les coupe dans la direction des veines intralobulaires, et plus petits quand on les coupe transversalement.

Les lobules superficiels (et sous ce nom il faut entendre non-seulement ceux qui forment les surfaces convexes et concaves du foie, mais encore ceux dont les faces capsulaires constituent les canaux pour certaines branches de la veine porte, et ceux des troncs des veines hépatiques) diffèrent en un point des lobules intérieurs. Ceux-ci enveloppent entièrement les veines intralobulaires, excepté à leurs bases ou ces veines vont finir dans les veines sublobulaires. Dans les lobules superficiels au contraire, les veines intralobulaires commencent immédiatement à la surface; ils semblent moins parfaits dans leur forme ou moins développés que ceux de l'intérieur, comme s'ils avaient perdu leur partie supérieure. La connaissance de cette disposition permet de limiter, en injectant les veines hépatiques, l'injection à ce système de vaisseaux, car on n'a qu'à retirer la seringue au moment où l'injection apparaît par petits points à la surface du foie.

Surfaces du foie. — Le foie a trois surfaces, 1° celle de l'extérieur; 2° celle qui correspond aux canaux des ramifications de la veine-porte; 3° celle qui correspond aux canaux des ramifications des veines hépatiques. Les canaux qui contiennent certaines branches de la veine-porte, de l'artère hépatique, des conduits hépatiques, et les canaux qui renferment les troncs des veines hépatiques ne sont pas autre chose que des inflexions tubulaires de la surface du foie.

1° *Surface extérieure.* — Examinés à la surface extérieure du foie, les lobules présentent toutes sortes de formes; ils sont généralement anguleux là où ils sont le plus serrés; là aussi ils paraissent plus petits, parce qu'étant rangés verticalement par rapport à la surface du foie, on n'en voit que les extrémités. Aux bords du viscère, où ils sont moins nombreux et moins serrés, ils ont une forme arrondie, et situés obliquement ou parallèlement à la direction de la surface, ils paraissent plus gros. Ils sont plus anguleux dans les enfans que dans l'adulte, chez certains animaux, le chat, par exemple, que chez d'autres, tels que le lapin, le lièvre, le mouton. Une veine hépatique intralobulaire occupe le centre de chaque lobule superficiel, et elle le perce de part en part. C'est là ce qui constitue la différence des lobules superficiels avec les lobules intérieurs. Si l'extrémité seule du lobule atteint la surface, on n'aperçoit qu'un point à son centre; si l'on en voit une

plus grande portion, on observe deux ou trois lignes s'unissant en un point sombre; ce point est la veine intralobulaire centrale, où se terminent les veines plus petites. A vrai dire, un lobule superficiel avec plusieurs compartimens n'est qu'un demi-lobule couché parallèlement à la surface. Au contraire, les lobules intérieurs ne sont pas complétement traversés par les veines interlobulaires. On le reconnaît en injectant en bleu les veines hépatiques, en rouge les veines-portes. Si ces lobules étaient, comme ceux de la surface, traversés d'une extrémité à l'autre par les veines interlobulaires, le bleu et le rouge, c'est-à-dire les veines hépatiques intralobulaires et les veines-portes intralobulaires seraient vues se toucher au moins en quelques points. Or, c'est ce qui n'arrive jamais.

Les lobules sont séparés les uns des autres par des fissures qui, aux angles des lobules, se transforment en petits espaces triangulaires. On les appelle *fissures* ou *espaces interlobulaires*. Ils contiennent les branches interlobulaires de la veine porte, de l'artère hépatique, du conduit hépatique, lesquelles se ramifient dans un fin tissu cellulaire continu avec la capsule de Glisson, et constituent, avec les ramifications vasculaires, les capsules des lobules. Quand il y a peu de tissu cellulaire, les lobules sont très-rapprochés les uns des autres; leur forme devient anguleuse, et les fissures, ainsi que les espaces, sont moins apparentes. Mais quand le tissu qui compose les capsules est plus abondant, les fissures et surtout les espaces sont plus larges et plus visibles; les lobules sont moins serrés, ils ne se touchent que par deux ou trois points, et ils se rapprochent davantage de la forme arrondie.

Les fissures et les veines qu'elles contiennent ne peuvent pas toujours se voir sans le secours d'un verre grossissant; cependant, une légère pression qui y pousse le sang, les rend ordinairement visibles. Elles le deviennent toujours par une macération de quelques heures dans l'eau, ou bien on peut les démontrer par une injection de mercure ou de colle. Dans ce but, il faut choisir un foie qui contienne le moins de sang qu'il est possible; et à cause de cela le foie du mouton est préférable à celui de l'homme, qui est presque toujours dans un état de congestion. Il faut ouvrir la veine cave à sa partie postérieure, et verser le mercure à l'aide d'une plume dans la veine hépatique du lobe de Spigel. Par une légère pression, le mercure paraîtra dans le centre des lobules, sous la forme de lignes, d'étoiles, de points, entouré par ce qui a été appelé la substance rouge du foie. Si l'organe contient beaucoup de sang, l'expérience pourra manquer, car le sang sera poussé jusqu'à la surface, et il sera impossible de distinguer les vaisseaux de l'intérieur des lobules, de ceux qui sont placés entre ces petits corps. Si la pression est interrompue, l'élasticité des parois vasculaires chassera le mercure de la surface. Si la pression est renouvelée et un peu augmentée, le mercure passera . des branches interlobulaires de la veine hépatique, dans les branches intralobulaire de la veine-porte, et il se montrera dans le centre et à la circonférence de chaque lobule.

Si le mercure est injecté de prime abord dans une branche de la veine-porte, il remplira les branches interlobulaires situées dans les fissures et les espaces.

2° *Surface correspondant aux conduits de la veine-porte.* — Ces conduits commencent à la fissure transverse; ils contiennent le conduit hépatique, les veines-portes, les artères hépatiques, et les branches vaginales de tous ces vaisseaux. Nous allons bientôt voir ce que M. Kiernan entend par les *branches vaginales*. Tout cela, avec les nerfs et les absorbans, est enveloppé dans une gaine de tissu cellulaire appelée capsule de Glisson. Si l'on ouvre longitudinalement un de ces conduits, et qu'on dissèque ce qu'il contient, on verra les lobules, les espaces et les fissures exactement arrangés de la même manière qu'à la surface du foie. Les lobules formant les parois des conduits sont semblables à ceux de la surface, étant comme eux perforés par les veines intralobulaires. Ces conduits et ceux qui contiennent les gros troncs de la veine hépatique, sont formés par un nombre limité de lobules; les conduits qui contiennent les veines hépatiques sublobulaires, sont formés par les bases de tous les lobules.

Le tissu cellulaire de la capsule de Glisson est indubitablement continu avec celui de la capsule propre du foie décrite par Laënnec, et avec le tissu cellulaire qui entoure la veine-porte abdominale; mais comme M. Roux observe (Bichat, *Anatomie descriptive*, t. V, p. 78), il faut admettre quelque chose de plus dans ce qu'on nomme *capsule de Glisson*, puisqu'elle est tellement disposée que les vaisseaux qu'elle enveloppe sont lâchement unis à la substance du foie. La capsule de Glisson n'est pas simplement du tissu cellulaire; elle remplit pour le foie les mêmes usages que la pie-mère pour le cerveau; c'est une membrane cellulo-vasculaire dans laquelle les vaisseaux se divisent et se subdivisent jusqu'à un extrême degré de finesse; qui tapisse les canaux de la veine-porte; qui forme des gaines pour les gros troncs, et une trame pour les petits, où ils se ramifient; qui entre dans les sillons interlobulaires, et forme avec les vaisseaux les capsules des lobules; et qui finalement pénètre dans les lobules, et avec les vaisseaux sanguins s'étend sur les conduits sécréteurs de la bile.

Le rôle que joue la capsule de Glisson dans le foie, est un des points les plus importans des recherches de M. Kiernan. J'appelle l'attention des lecteurs sur cette disposition anatomique : elle mérite d'être étudiée avec soin, car ce n'est pas sans quelque difficulté qu'on s'en fait une idée exacte. Je vais la décrire avec autant de fidélité et de clarté qu'il me sera possible.

Il faut concevoir que la capsule de Glisson et la distribution des trois ordres de vaisseaux (veine-porte, artère hépatique, conduit hépatique), sont étroitement unies ensemble. A vrai dire, la gaine n'existe que pour ces vaisseaux; elle en règle la disposition, et l'on ne peut décrire l'arrangement de l'une sans décrire aussi le partage des autres. Comme ces vaisseaux sont conduits par de larges canaux dans toutes les parties du foie, ou bien pénètrent par les *espaces* et *fissures interlobulaires* jusqu'aux lobules eux-mêmes, il importe de

considérer la capsule de Glisson dans ces deux états. M. Kiernan donne le nom de *vaginale* à celle qui tapisse les canaux, c'est-à-dire à celle qui va jusqu'aux fissures interlobulaires exclusivement. En marchant dans leurs canaux, les troncs de la veine-porte, des artères et du conduit hépatique, donnent naissance à des branches que M. Kiernan appelle aussi *vaginales*. Ce sont ces branches vaginales, qui, ramifiées dans la capsule, en forment la partie véritablement essentielle. Elle n'est donc pas autre chose qu'une membrane cellulo-vasculaire, où les branches vaginales de la veine-porte de l'artère et du conduit hépatique, viennent se diviser avant de pénétrer dans les espaces interlobulaires. La face interne de la gaine cellulo-vasculaire est en contact avec les trois vaisseaux principaux, et est formée des plus grosses branches qui en naissent; la face externe est en contact avec les parois du canal, et est formée des plus petites branches; ce sont ces petites branches qui fournissent les rameaux interlobulaires. L'artère et le conduit hépatiques marchent l'une auprès de l'autre, et occupent un des côtés du canal; la veine-porte occupe l'autre côté; l'artère et le conduit hépatiques d'une part, la veine-porte de l'autre, forment, à l'aide de leurs branches vaginales, des plexus qui les mettent en rapport avec chacun des espaces interlobulaires. La gaine cellulo-vasculaire, dans les grands canaux, enveloppe complétement les trois vaisseaux; mais il n'en est pas de même dans les petits canaux. Là on ne trouve la capsule dont la partie essentielle est le plexus, que du côté où marchent l'artère et le conduit hépatiques. Sur l'autre côté, la veine-porte est en contact immédiat avec les parois du canal, et elle donne, sans l'intermédiaire des branches vaginales, naissance aux rameaux interlobulaires. Cela se conçoit : dans les grands canaux, les espaces interlobulaires sont très-nombreux, et chacun d'eux, pour être mis en contact avec l'artère et le conduit hépatiques, ainsi qu'avec la veine-porte, avait besoin de nombreux plexus. Voilà pourquoi, dans ce cas, la gaîne est complète. Mais dans les petits canaux la même nécessité n'existait pas; aussi les plexus ne se trouvent-ils que du côté où l'artère et le conduit hépatiques sont placés. On reconnaît ces deux modes d'arrangement en coupant transversalement des canaux de divers calibres, après avoir préalablement injecté les vaisseaux. On ouvre la veine-porte, on la dégage de la matière de l'injection, et lorsque la gaîne capsulaire est complète, on aperçoit distinctement naître les branches vaginales, lesquelles ne correspondent pas aux espaces interlobulaires. Si, au contraire, la gaîne est incomplète, on voit, là où elle manque, naître des branches interlobulaires qui correspondent exactement à ces espaces. L'artère et le conduit hépatiques ne donnent jamais directement de branches interlobulaires; ils forment toujours un plexus, de sorte qu'il existe toujours au moins une portion de gaîne.

Les premières branches vaginales des conduits hépatiques naissent de troncs presqu'à angles droits; elles coupent transversalement la surface interne des canaux et se terminent par des branches qui correspondent aux fissures interlobulaires. Les conduits vaginaux sont accompagnés par les artères vaginales. Ces dernières sont plus tortueuses; elles s'anastomosent souvent entre elles. Les branches vaginales de la veine-porte ont de nombreuses anastomoses entre elles, et elles forment dans l'homme un plexus bien plus compliqué que dans certains animaux, le mouton, par exemple.

Les nerfs et les absorbans profonds suivent les canaux de la veine-porte. M. Kiernan n'a pu les suivre dans les espaces interlobulaires. Aucun vaisseau lymphatique n'accompagne les veines hépatiques.

Mais la capsule de Glisson n'est pas bornée aux canaux de la veine-porte; elle pénètre avec les vaisseaux dans les espaces et les fissures interlobulaires, et elle forme la capsule des lobules. Les branches interbulolaires du conduit hépatique s'anastomosent entre elles; il en est de même des branches interlobulaires de la veine-porte, qui couvrent de leurs ramifications la surface externe des lobules, à l'exception de la base de ces petits corps et de l'extrémité des lobules superficiels qui apparaissent à la surface du foie. Les veines interlobulaires établissent une communication entre les veines d'un lobule et celles des lobules contigus. Ce sont ces veines interlobulaires qui, injectées, forment le cercle autour des lobules et les séparent les uns des autres. Quant aux artères interlobulaires, les injections les plus heureuses ne peuvent pas montrer d'anastomoses entre elles.

Tous les *vasa vasorum* du foie sont des branches de l'artère hépatique et de la veine-porte. Des rameaux de l'artère se ramifient dans les tuniques de l'artère elle-même, de la veine-porte et du conduit hépatique. Ce sang ainsi apporté revient par les ramifications de la veine-porte, qui se sont répandues sur elle-même, sur l'artère et sur le conduit hépatique. Les veines hépatiques elles-mêmes reçoivent leur sang par l'artère hépatique et le renvoient par la veine-porte, de sorte que toutes ces veines, nées des tuniques des vaisseaux et rentrant dans la veine-porte, forment l'origine hépatique de cette veine; car il faut bien remarquer qu'aucune de ces veines ne va aux veines hépatiques, et, par exemple, il est impossible d'injecter par elle les parois des conduits hépatiques. Ceux-ci sont excessivement vasculaires, à tel point que, lorsque l'injection de l'artère a bien réussi, les parois des conduits hépatiques sont remplis par l'injection, et qu'on pourrait les prendre pour l'artère elle-même. Cette quantité de sang apportée aux conduits biliaires n'est certainement pas sans liaison avec la sécrétion du foie.

3° *Surface correspondant aux canaux des veines hépatiques.* Les veines hépatiques sont contenues dans des canaux qu'on peut appeler *hépatico-veineux;* ils commencent dans l'intérieur du foie et se terminent à la scissure de la veine-cave inférieure. Ceux qui contiennent les troncs des veines hépatiques sont formés par les faces capsulaires d'un nombre limité de lobules; ceux qui contiennent les veines hépatiques sublobulaires le sont par les bases de tous les lobules. Les veines hépatiques n'ont pas de capsule. En effet, elles sont tou-

jours seules dans leurs canaux; elles n'ont donc besoin ni de plexus ni de tissu cellulaire destiné à soutenir ces plexus, pour se distribuer aux lobules; mais dans les canaux de la veine-porte, où trois vaisseaux différens marchent toujours côte à côte, la présence d'une trame cellulo-vasculeuse était indispensable pour la distribution des trois vaisseaux dans tous les lobules.

Comme tous les lobules concourent à la formation des canaux hépatiques, il est évident que ces canaux sont plus nombreux que ceux de la veine-porte, auxquels un certain nombre seulement de lobules contribue.

Presque toujours les veines intralobulaires entrent dans les veines sublobulaires par le centre de ce qui a été appelé la substance rouge du foie.

En comparant les veines hépatiques aux veines-portes, nous trouvons que les rameaux intralobulaires des premières n'ont aucune anastomose entre eux; que les rameaux interlobulaires des secondes, s'anastomosant souvent entre eux, forment un continuel plexus dans tout le foie; que les branches sublobulaires hépatiques s'anastomosent directement et non par l'intermédiaire des rameaux intralobulaires; que les veines-portes n'ont aucune communication directe entre elles, mais qu'elles s'anastomosent par le moyen de leurs branches interlobulaires; que les veines hépatiques, comme les autres veines du corps, marchent par une voie directe à leur terminaison dans la veine-cave; que la veine-porte, accompagnée par une artère, ressemble à une artère dans sa distribution; et que les grandes veines hépatiques, ayant des fibres longitudinales dans leur tunique, diffèrent de la veine-porte par leur structure.

De la structure des lobules. Les lobules constituent la portion sécrétante du foie. Examiné au microscope, un lobule paraît composé d'un grand nombre de petits corps d'une couleur jaune (ce qui leur vient de la bile qu'ils renferment). Ces petits corps sont les *acini* de Malpighi. La veine-porte se distribue au foie dans tous les animaux vertébrés, chez qui les lobules sont arrangés autour des veines hépatiques, ainsi qu'il a été dit plus haut. Chaque lobule est composé d'un plexus de conduits biliaires, d'un plexus veineux formé par des branches de la veine-porte, d'une branche d'une veine hépatique qui est centrale, et de ramuscules artériels. Sans doute aussi des nerfs et des lymphatiques entrent dans leur texture; mais on ne peut les y apercevoir.

Ce qu'on appelle ordinairement conduits hépatiques, et leurs branches vaginales et interlobulaires, constituent la partie *excrétoire* de l'appareil biliaire; ce sont aussi des organes de sécrétion muqueuse, car ils sont garnis dans leur intérieur de follicules muqueux. Mais toute la portion sécrétoire du foie est dans les ramuscules biliaires qui forment un plexus dans chaque lobule. Ces ramuscules étant extrêmement ténus et toujours pleins de bile, on éprouve une grande difficulté à les injecter, d'autant plus que la bile est poussée par l'injection et ne trouve pas d'issue. On facilite l'expérience en liant la veine-porte et l'artère hépatique sur un animal vivant, et en arrêtant ainsi la sécrétion de la bile. Si l'opération est faite avec soin, l'animal survivra quelques heures, et les conduits biliaires se videront, surtout si on lui a donné à manger quelques heures auparavant. Le foie sera presque décoloré. A l'aide de ces précautions, M. Kiernan a plusieurs fois réussi à injecter partiellement les lobules par le conduit hépatique. Examinés au microscope, les conduits biliaires interlobulaires paraissent se diviser en branches qui, entrant dans les lobules, se ramifient en petits conduits; ceux-ci s'anastomosent entre eux et forment un plexus réticulé. Les ramuscules qui forment les plexus, vus au microscope, ressemblent beaucoup à des cellules, et cet aspect, bien représenté par Mascagni, a décidé cet anatomiste à considérer le foie comme un assemblage de petites cavités, origine des conduits biliaires. La forme des lobules n'a point de rapport avec l'arrangement des conduits; elle est toujours déterminée par les branches de la veine hépatique intralobulaire, qui en occupe le centre. Les tuniques des conduits, sur lesquelles se ramifient les vaisseaux sanguins décrits ci-dessous, constituent proprement la substance sécrétoire du foie, comme les membranes des conduits corticaux du rein, et celle des conduits séminifères constituent la substance sécrétoire de leurs organes respectifs.

Telle est la disposition des ramuscules biliaires dans les lobules. Voici celle des ramuscules de la veine-porte: les branches interlobulaires de cette veine entourant les lobules de tous côtés, excepté à leur base, forment dans chacun d'eux un plexus dont les branches convergent vers la veine hépatique intralobulaire et s'y abouchent; c'est du moins ce que l'on voit à l'aide d'un puissant microscope. Ces branches du plexus intralobulaire communiquent entre elles par des rameaux transverses, entre lesquels on aperçoit de petits espaces ovoïdes occupés par le plexus biliaire. En conséquence de sa double circulation veineuse, le foie est naturellement dans un état de congestion sanguine; de là la grande difficulté de faire des injections heureuses dans le foie humain: c'est toujours par la veine-porte, bien mieux que par les veines hépatiques, qu'on peut injecter les plexus veineux intralobulaires, à moins qu'on n'ait préalablement lié l'artère hépatique et la veine-porte sur l'animal vivant. Les expériences prouvent que les communications sont très-libres entre les radicules des veines hépatiques et celles de la veine-porte, plus même qu'entre celle-ci et l'artère hépatique. Le plexus veineux se ramifie sur le plexus biliaire. Le sang qui y circule est composé du sang de la veine-porte et certainement de cette portion du sang artériel qui, ayant nourri les conduits excréteurs et leur ayant fourni les matériaux du mucus, a circulé à travers les *vasa vasorum*, est devenu veineux et est revenu dans les branches de la veine-porte, lesquelles le mènent au plexus; c'est de ce sang mélangé que la bile est sécrétée.

Reste à examiner les artères lobulaires. Les lobules ne sont que pauvrement fournis de sang artériel. Ces corps

ne peuvent être colorés par l'injection de l'artère, même chez les jeunes sujets. Sur l'adulte, après les injections les plus heureuses, quand les artères de la capsule cellulaire, des conduits excréteurs, de la vésicule du fiel, et les *vasa vasorum* sont injectées dans leurs plus petites ramifications, on ne peut découvrir qu'un petit nombre de ramuscules artériels qui soient remplis et qui entrent dans les lobules. M. Kiernan a fait différentes expériences sur ce sujet. Il a injecté la veine-porte en rouge, l'artère en bleu; l'injection rouge seule a pénétré dans les lobules. Il a injecté la veine-porte de manière à ce que l'injection ne pénétrât pas dans les lobules. Dans ce cas, l'entrée en était laissée libre aux artères, et le liquide ne pouvait pas revenir par la veine-porte, qui était déjà remplie; mais les lobules ne furent pas mieux injectés. M. Kiernan conclut de ces essais que la portion sécrétoire du foie ne reçoit du sang artériel que pour la nutrition seulement. Comme on ne peut pas injecter les artères par les veines hépatiques, et qu'au contraire la communication est libre entre les artères et la veine-porte, il est probable que les derniers ramuscules artériels se terminent dans les plexus lobulaires et non dans la veine hépatique interlobulaire. Le sang de ces artères, après avoir nourri les lobules, devenant veineux, contribue à la sécrétion de la bile.

Des substances rouge et jaune de Ferrein, et des apparences produites dans le foie par la congestion. — La structure de tous les lobules est identique, et chaque lobule offre en tous ses points la même structure. Une partie d'un lobule n'est pas plus vasculaire que l'autre; il n'y a donc pas de distinction entre la substance rouge et la substance jaune du foie; la coloration rouge dépend de la congestion seulement.

Quand la congestion commence par l'intérieur des lobules et y reste bornée, elle constitue la *substance médullaire* de Ferrein, la *substance corticale* d'Autenrieth, la *substance rouge* de MM. Boulland, Andral et autres anatomistes, et la *substance cellulo-vasculaire* de M. Mappes. Les bords des lobules, bords auxquels la congestion ne s'est pas étendue, forment la *substance corticale* de Ferrein, la *substance médullaire* d'Autenrieth, la *substance jaune* de MM. Boulland et Andral, et la *substance granuleuse* de M. Mappes.

La congestion sanguine du foie est ou générale ou partielle. Dans la première, le foie tout entier est d'une couleur rouge, mais la portion centrale des lobules est ordinairement plus foncée que les bords. La congestion partielle est de deux espèces, l'une appartient aux veines hépatiques, l'autre à la veine-porte.

La congestion hépatico-veineuse a deux degrés: dans le premier et le plus commun, les veines hépatiques, leurs branches intralobulaires et la portion centrale des plexus est injectée; la substance qui est le siége de la congestion, se présente sous forme de points isolés, et occupe le centre des lobules: celle où la congestion n'est pas arrivée, occupe le bord des lobules et est d'une couleur jaune ou verte, suivant la quantité ou la qualité de la bile qu'elle contient. C'est là la congestion passive du foie, l'état le plus ordinaire de l'organe après la mort, dû probablement à sa double circulation veineuse. Dans le second degré, la congestion s'étend des plexus aux veines-portes interlobulaires. La substance non congestionnée se montre par traînées au centre desquelles sont les espaces interlobulaires où l'injection n'a pas pénétré. C'est la congestion active du foie qui est souvent la suite des maladies du cœur, et des affections aiguës de la plèvre et des poumons.

Dans la congestion hépatico-veineuse, l'engorgement commence par le centre des lobules, et gagne les bords. Au contraire, dans la congestion par la veine-porte, l'engorgement s'établit d'abord dans les fissures interlobulaires. Cette dernière forme est très-rare: M. Kiernan ne l'a vue que chez les enfans.

Conséquences physiologiques. — Elle sont très-simples. S'il existait deux substances distinctes dans le foie, on pourrait présumer que cet organe a deux fonctions; mais chaque globule étant en soi une glande parfaite et de la même structure dans tous ses points, chaque lobule, et par conséquent le foie tout entier, ne remplissent qu'une fonction, la sécrétion de la bile.

Tous les *vasa vasorum* du foie sont des branches de l'artère hépatique et de la veine-porte. Des branches de la veine-porte naissent dans les tuniques des veines hépatiques elles-mêmes. Le sang artériel, ayant circulé dans les parois des vaisseaux, devient veineux et est porté, par les veines nées des parois des vaisseaux, dans les branches de la veine-porte qui correspondent à ces vaisseaux. Ainsi des parois de tous les ordres des vaisseaux il arrive dans les branches vaginales et interlobulaires de la veine-porte où il se mêle au sang de cette veine elle-même. Ce sang mélangé est porté par les veines interlobulaires aux plexus veineux lobulaires, dans lesquels les artères lobulaires se terminent probablement après avoir fourni à la nutrition des conduits sécrétoires. De ce sang mêlé, circulant dans les plexus, la bile est sécrétée par les plexus biliaires lobulaires.

Le sang qui entre dans le foie par l'artère hépatique remplit trois fonctions; il nourrit le foie, il fournit aux conduits excréteurs les matériaux de la sécrétion muqueuse; après ces deux services, il devient veineux, rentre dans la veine-porte et sert à la sécrétion de la bile. La veine-porte remplit deux fonctions; elle remporte le sang de l'artère et elle apporte le sang mélangé aux parois des plexus sécréteurs de la bile; elle a été appelée *vena arteriosa*, parce qu'elle se ramifie comme une artère et qu'elle apporte le sang pour une sécrétion; mais elle est une veine artérielle dans un autre sens; car si elle est une veine pour l'artère hépatique, elle est une artère pour les veines hépatiques. Les veines hépatiques puisent le sang dans les plexus veineux lobulaires et le versent dans la veine-cave inférieure. On sait que plusieurs physiologistes ont attribué l'origine de la bile au sang artériel, se fondant entre autres sur l'anatomie comparée, qui montre que dans les animaux intervertébrés la veine-porte hépatique manque, et que le foie ne reçoit que du sang artériel. Cette opinion a été fortifiée par un cas de monstruosité qui est rapporté par Abernethy (*Phylosophical Transactions*, 1793),

et qui semble s'éloigner du type des vertébrés. C'est le cas d'un enfant où la veine porte allait s'ouvrir dans la veine cave sans passer dans le foie. M. Kiernan a disséqué ce foie, qui était conservé dans une des collections anatomiques, et il a reconnu que les branches de l'artère hépatique étaient plus grosses et plus nombreuses que dans l'état ordinaire, et que la veine ombilicale restée ouverte jouait exactement le rôle que joue la veine porte, de sorte que ce cas s'éloignait beaucoup moins du type des vertébrés qu'on ne le croyait généralement. Depuis Abernethy, M. Wilson a publié (Medico-Chirurgical Transactions, vol. 5, p. 174) l'observation d'une jeune fille qui a vécu 13 années, qui est morte par accident, et chez laquelle la veine-porte s'ouvrait dans la veine cave sans donner aucune branche au foie. La vésicule contenait un liquide semblable par l'apparence à la bile. La veine ombilicale était oblitérée; mais M. Wilson n'a pas disséqué les canaux de la capsule de Glisson, et M. Kiernan pense qu'on y aurait trouvé les ramifications de la veine ombilicale distribuées comme celles de la veine-porte et en tenant parfaitement lieu. Suivant lui, ce fait incomplet ne prouve rien contre son explication physiologique qui repose sur un fait anatomique, l'absence des artères sur les plexus biliaires des lobules, l'absence de communications libres entre les artères et les veines hépatiques et l'existence de pareilles communications entre l'artère et la veine porte.

Il ne faut pas oublier non plus que les reins d'animaux ovipares ont, comme le foie, une double circulation veineuse, et que l'urine aussi bien que la bile provient chez eux d'un sang veineux.

M. Kiernan admet avec certains physiologistes que la bile est un fluide purement excrémentitiel et qu'elle ne sert en rien à la digestion: je ne puis partager cette opinion. Sa nature alcaline, l'acidité du chyme, la neutralisation qui en résulte, l'alcalinité du chyle, tout me persuade qu'elle contribue puissamment à la chylification.

Résumé. — Je vais maintenant exposer en quelques mots les points principaux des recherches de M. Kiernan, afin que le lecteur puisse en comprendre immédiatement l'importance. Des résultats, dogmatiquement énoncés, appellent l'attention, fixent le sens des choses, servent de repaire à l'esprit pour se reconnaître dans des objets nouveaux, et déterminent à étudier avec plus de soin ce qui se présente avec plus de clarté.

L'élément anatomique immédiat du foie est le lobule.

Le lobule est traversé par une veine hépatique intralobulaire, et entouré par des ramifications interlobulaires de la veine-porte, de l'artère et du conduit hépatiques.

Il est composé d'un plexus veineux provenant de la veine-porte, d'un plexus provenant du conduit biliaire, et des ramifications de la veine intralobulaire hépatique. Le ramuscules artériels y entrent pour très-peu de chose.

La capsule de Glisson est une trame cellulo-vasculaire jouant pour le foie le rôle que la pie-mère joue pour le cerveau, et servant à la distribution de l'artère hépatique, de la veine-porte et du conduit hépatique, lesquels trois marchent toujours dans le même canal.

Les veines hépatiques n'ont pas de capsule, parce qu'elles sont toujours seules dans leur canal.

Il faut concevoir la circulation artérielle et la double circulation veineuse dans le foie de la manière suivante: le sang apporté par les artères aux tuniques de tous les vaisseaux, y est repris par les radicules de la veine-porte, se mélange au sang de cette veine elle-même, arrive aux plexus des conduits biliaires dans les lobules, et de là passe dans les veines hépatiques qui le versent dans la veine cave.

Il n'y a qu'une seule substance dans le foie. Les substances rouge et jaune ne sont que des apparences produites par la congestion.

La bile est sécrétée du sang de la veine porte.

M. Kiernan a donné plusieurs très-bonnes figures de ses dissections; et avec cet aide on parvient à comprendre fort bien les curieux détails de fine anatomie qu'il nous expose dans son mémoire. Je dois ajouter que j'ai vu quelques-unes de ses préparations. Un médecin anglais, M. Davison, a eu la bonté de me montrer plusieurs foies de chat que M. Kiernan avait préparés pour la démonstration de la manière dont la veine-porte et les veines hépatiques se distribuent. Rien n'était plus manifeste que cette préparation. Les veines hépatiques injectées en bleu se montraient à la surface du foie comme des points isolés; au contraire les veines-portes injectées en rouge autour de ces points sans les joindre, et limitaient parfaitement les lobules, dont on prenait ainsi la plus claire idée.

Ceux qui voudraient répéter les recherches de M. Kiernan devraient prendre les mêmes précautions que lui. « J'ai éprouvé, dit-il, pendant quelque temps beaucoup de difficulté pour réussir à injecter les petits vaisseaux du foie; et cette difficulté qui tenait à la présence du sang dans ces vaisseaux, s'augmentait quand mon dessein était d'injecter les veines hépatiques et la veine-porte en même temps; car alors il ne restait plus d'issue pour le sang. On gagne très-peu de chose à injecter préalablement de l'eau tiède; une grande partie de ce liquide reste dans les vaisseaux, délaye l'injection et en gêne la marche. Il s'agit d'obtenir un libre passage pour l'injection à travers les petits vaisseaux. On ne peut y réussir qu'en liant la veine-porte et l'artère hépatique sur l'animal vivant, et en privant ainsi le foie de tout son sang. Une minute après l'application de la ligature, le foie devient exsangue, et l'on peut abréger les souffrances de l'animal et empêcher le reflux du sang dans les veines hépatiques, en divisant la veine cave inférieure près de sa terminaison dans l'oreillette droite. Avant l'injection, le corps de l'animal doit être laissé dans l'eau pendant 24 heures, une ligature ayant été préalablement placée autour de la veine cave inférieure au-dessus du diaphragme, afin que l'eau ne pénètre pas dans les veines hépatiques. Si le foie a été ainsi préparé, toutes les veines hépatiques intralobulaires peuvent être injectées avec une couleur,

et toutes les ramifications interlobulaires de la veine-porte avec une autre ; de sorte que la marche et la distribution de chaque ordre de vaisseau pourront être étudiées avec facilité. » E. Littré.

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLES EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES USAGES DE LA KRÉOSOTE (1).

La Gazette Médicale a déjà publié quelques articles sur l'emploi de la kréosote en médecine. Jusqu'ici elle n'avait eu encore que des matériaux incomplets ; voici un résumé des principales expériences qui ont été tentées en Allemagne avec ce nouveau médicament, et quoiqu'elles tendent, par les nombreux succès qu'elles énoncent, à faire croire à quelque exagération enthousiaste de la part des médecins qui les rapportent, nous les croyons néanmoins dignes de fixer l'attention des praticiens par l'authenticité qui paraît entourer le plus grand nombre d'entre elles : l'expérience prononcera.

§ I. — De l'emploi de la kréosote contre les hémorrhagies.

Le docteur Hœring de Neustadt rapporte à cet effet quatre expériences faites sur des animaux.

Exp. I. — Dans la première, il mit à nu la veine et l'artère crurale droites d'un chat, et ouvrit l'un et l'autre de ces vaisseaux dans l'étendue de 3 lignes ; un bourdonnet imbibé d'eau de kréosote (kréosote pure, 2 gouttes sur eau distillée, 100 gouttes), pressé pendant 2 minutes contre les petites plaies, fit aussitôt cesser l'écoulement du sang, et l'on n'observa pas d'hémorrhagie consécutive.

Exp. II. — La seconde expérience fut tentée sur le même animal ; on ouvrit le même vaisseau artériel, mais dans l'étendue d'un demi-pouce ; le succès fut le même que la première fois ; seulement, il fallut employer deux bourdonnets de charpie et les laisser appliqués pendant 4 minutes.

Exp. III. — Une autre fois, le docteur Hœring fit une plaie transversale à la face interne de la cuisse droite d'un chat, dans laquelle les muscles, nerfs, artères et veines furent totalement divisés ; le sang sortit avec force ; mais au bout de 6 minutes d'une compression exercée au moyen de deux bourdonnets de charpie imbibés d'eau de kréosote, on parvint à l'arrêter ; la plaie réunie par première intention se cicatrisa au bout de 3 jours.

Exp. IV. — Dans une quatrième expérience : la jugulaire d'un cheval ayant été ouverte, 2 minutes d'application de l'eau de kréosote sur la plaie suffirent pour arrêter l'hémorrhagie. Plus tard, ayant incisé sur ce même animal la veine et l'artère crurales, cette dernière dans l'étendue d'un pouce environ, l'hémorrhagie fut des plus abondantes. Dans ce cas, l'eau de kréosote n'arrêta le sang que momentanément.

A la suite de ces expériences sur les animaux, l'auteur rapporte l'observation d'un épistaxis qui durait depuis trois jours et avait fini par produire une faiblesse extrême ; tous les autres moyens hémostatiques avaient échoué, lorsqu'on eut l'idée d'introduire dans chaque narine deux mèches de charpie imbibées d'eau de kréosote. Aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta, et le lendemain les tampons furent enlevés sans que celle-ci se reproduisit.

Le docteur Bichtbauer de Küngelsau cite de son côté un cas d'hémorrhagie d'une piqûre de sangsue qui durait depuis cinq heures. Rien n'avait pu l'arrêter, et le malade, qui était un enfant de 2 ans et demi, allait périr, lorsqu'un plumaceau de charpie imbibé d'eau de kréosote arrêta presque sur-le-champ l'écoulement du sang. De peur de voir l'hémorrhagie se renouveler, on laissa la charpie appliquée pendant une heure et demie contre la petite plaie ; pour plus de sûreté, on saupoudra le petit appareil avec la poudre hémostatique de Græfe, et le sang ne se montra plus.

L'observation suivante, rapportée par le docteur Hauff de Besigheim, démontre que la kréosote n'agit pas seulement contre les hémorrhagies produites par une violence extérieure, mais encore contre celles qui dépendent de causes internes.

Obs. I. — N..., âgée de 20 ans, éprouvait depuis à peu près dix-huit mois, de fréquens dérangemens dans sa menstruation, dont les retours et la durée n'offraient plus rien de déterminé. Au printemps de 1833, après une interruption de six semaines, les règles revinrent pour ne plus cesser que dans l'intervalle de quelques jours. A dater du mois d'août de la même année, les pertes étaient devenues de plus en plus abondantes et survenaient parfois à plusieurs reprises dans une même journée ; une seule fois, à la suite de l'administration de la teinture de Besteschelf, elles avaient cessé pendant trois semaines ; le sang s'échappait tantôt en masses noires coagulées et tantôt en liquide ténu et d'une couleur brunâtre. L'aspect de la malade était pâle, mais non cachectique ; point d'amaigrissement, mais pouls lent et faible, et ralentissement de toutes les sécrétions et excrétions. Nulle douleur dans les lombes et le bas-ventre ; point de traces de leucorrhée.

Les astringens végétaux, les préparations de fer, le sucre de saturne avec l'alun, l'ipécacuanha à dose nauséeuse et vomitive, les injections astringentes, même avec addition de vinaigre, le tamponnement : tout avait été essayé inutilement. Enfin le docteur Hauff crut devoir recourir à l'emploi de la kréosote ; il fit faire plusieurs injections d'eau de kréosote par jour et introduire des tampons imbibés de ce même liquide. L'effet surpassa son attente. Déjà dès les premières injections l'écoulement du sang diminua, et au bout de

(1) Ce travail est extrait d'un excellent recueil allemand (*Medicinisches Correspondenz-Blatt*).

quelques semaines cette diminution était telle, que la malade pouvait rester plusieurs jours sans éprouver la moindre perte; le col de la matrice, qui s'était gonflé et un peu ramolli, avait de nouveau repris plus de fermeté et de consistance; la malade avait regagné ses forces et son teint ordinaires; cependant, comme la ménorrhagie n'avait pas entièrement cessé, le docteur Hauff se proposait de continuer les injections dont il avait déjà tiré de si bons résultats. Il serait à désirer que ce médecin fît connaître la suite de cette observation.

Dans tous ces cas, à l'exception d'un seul (l'expérience sur l'artère crurale d'un cheval, où l'effet n'a été que momentané), l'emploi de la kréosote a été suivi d'un succès complet et durable. Voici deux faits où ce médicament a échoué :

Obs. II. — Le premier est une hémorrhagie provenant d'une blessure de l'artère tibiale postérieure, qui avait été entièrement divisée un peu au-dessous de la malléole interne; l'accident avait eu lieu le 7 février 1834. Une première hémorrhagie très-abondante avait pu être arrêtée par les moyens ordinaires; mais à la levée du premier appareil, le 16 du même mois, le sang avait jailli avec une nouvelle force, et depuis ce jour jusqu'au 22, l'hémorrhagie s'était renouvelée à cinq reprises différentes. Quand le docteur Bardili de Praisheim, à qui appartient ce fait, vit le malade, le sang ne s'échappait plus que par un filet très-mince, et avait à peine encore sa rougeur artérielle; l'état d'anémie et d'épuisement était porté au dernier degré. Un plumaceau de charpie imbibé d'eau de kréosote (kréosote pure, 4 gouttes; eau, 200 gouttes), appliqué pendant 2 minutes sur l'endroit de la plaie d'où sortait le sang, ne produisit aucun effet. Cette même application fut répétée trois fois avec de l'eau de kréosote plus concentrée, et toujours sans résultat; l'état alarmant du malade ne permettant pas de poursuivre davantage ces essais, on eut recours à la ligature de l'artère, qui fut sur-le-champ pratiquée avec succès.

Le docteur Bardili attribue le manque de résultat obtenu dans ce cas de l'emploi de la kréosote, à l'apauvrissement du sang, qui avait été entièrement privé de son albumine. En effet, on a cru remarquer que la vertu hémostatique de ce médicament reposait principalement sur la propriété qu'il avait de faire coaguler le sang. En second lieu, l'auteur fait remarquer que l'artère était entièrement divisée, et il ne croit pas que la kréosote agisse sur ces sortes d'hémorrhagies, quoique la troisième expérience du docteur Hœring, que nous avons citée, semble démontrer le contraire; car il reste à savoir si l'hémorrhagie ne se serait pas reproduite dans le cas où cet expérimentateur n'eût pas réuni sur-le-champ la plaie par première intention.

Obs. III. — Le deuxième fait est une hématémèse qui durait déjà depuis quelques années, s'accompagnant parfois d'hémoptysie. Tous les moyens avaient été essayés sans résultat favorable. Le docteur Hauff crut devoir aussi recourir à la kréosote. Quatre gouttes dans 2 onces d'eau distillée, données toutes les 2 à 3 heures par cuillerée à café, sur un morceau de sucre, produisirent dans les premiers jours un effet sédatif et rafraîchissant; mais bientôt le vomissement de sang revint, et au bout de huit jours ce nouveau médicament ne pouvant plus être supporté, on fut obligé d'en cesser l'administration.

§ II. — Écoulement séreux considérable a la suite d'une lésion d'un gros vaisseau lymphatique, arrêté par la kréosote.

Ce fait intéressant, recueilli par le docteur Hœring, vient se placer naturellement à la suite des hémorrhagies.

Obs. IV. — Une jeune fille de la campagne fut prise d'un gonflement érysipélateux sur le dos du pied; il ne tarda pas à se développer sur le milieu de la tumeur une grosse ampoule noirâtre. Un chirurgien y ayant fait une incision, il en sortit aussitôt une quantité considérable de sérosité. Plus tard, cet écoulement avait continué et même augmenté au point de traverser d'outre en outre, au bout de quelques heures, l'appareil le plus épais. Il durait depuis quatre semaines, lorsque M. Hœring fut consulté, soupçonnant la lésion d'un gros vaisseau lymphatique, ce médecin ordonna qu'on appliquât des compresses imbibées d'eau de kréosote. Déjà au premier pansement l'écoulement séreux avait diminué; au troisième, la plaie était fermée et la malade guérie.

§ III. — Crevasses et gerçures du mamelon constamment guéries par la kréosote.

1° Deux accouchées souffraient de crevasses au mamelon; chez l'une d'elles surtout les fentes étaient profondes et présentaient un fond lardacé; l'allaitement ne pouvait se faire sans provoquer les plus vives douleurs; déjà le sein commençait à se gonfler et l'on remarquait ça et là des portions engorgées. Le docteur Hœring fit toucher les seins malades avec l'eau de kréosote, plusieurs fois par jour : le troisième jour le mamelon était guéri et l'allaitement pouvait avoir lieu sans peine.

2° Le docteur Fichtbauer rapporte un cas semblable où l'application d'une demi-once d'eau de kréosote trois fois par jour, guérit au bout de trois à quatre jours des gerçures et crevasses très-profondes qu'on avait inutilement essayé d'attaquer par d'autres moyens.

§ IV. — De la kréosote dans les plaies et ulcères de diverse nature.

Le docteur Hahn de Stuttgart a observé qu'en lavant avec de l'eau de kréosote les plaies contuses légères, les excoriations, il se formait promptement à la surface une croûte qui se desséchait et tombait ensuite en laissant voir la plaie guérie en dessous d'elle. Mais le même résultat peut être obtenu, en exposant simplement la petite blessure au contact de l'air atmosphérique. Dans

les plaies plus profondes, il ne se forme qu'une croûte molle, très-mince, grise-blanchâtre qui ne se détache pas; les bords de l'ulcère s'enflamment facilement, et chaque fois qu'on enlève la compresse de kréosote, ils saignent et sont douloureux, tandis que le fond ne fait pas un pas vers la cicatrisation.

Le docteur Helder de Sigmaringen dit aussi que les plaies récentes ou les ulcères par violence extérieure sont portés par l'emploi de la kréosote à un degré d'irritation qui n'est rien moins que favorable à leur cicatrisation : mais le docteur Batzer croit que le contraire a lieu chez les personnes âgées, et pourvues de peu de sucs nutritifs.

Les plaies chez ces individus se trouvent alors dans la catégorie des ulcères atoniques, dans le traitement desquels la kréosote produit souvent de bons effets. M. Heyfelder l'a vue employée dans ce cas avec succès chez des vieillards, tantôt sous forme d'onguent (kréosote, cire et huile d'amandes), tantôt étendue d'eau et appliquée au moyen de la charpie. Le pus devenait visiblement plus louable et moins abondant, les ulcères diminuaient d'étendue, mais ne se fermaient entièrement que dans un petit nombre de cas.

Le docteur Hœring cite l'observation d'un ulcère à la jambe, par suite de fracture, où la kréosote fut d'une très-grande utilité.

Obs. V. — M. S..., âgé de 45 ans, eut, à la suite d'une chute de cheval, une fracture comminutive des deux os de la jambe. Six semaines après l'accident, il se forma sur le bord antérieur du tibia un ulcère de la grandeur d'une pièce de 20 sols. Il en sortait un fragment d'os qui n'était plus qu'à moitié adhérent, et dont l'exfoliation ou la séparation paraissait inévitable. Le docteur Hœring fit panser cette plaie purulente avec de la kréosote. Au deuxième pansement, l'ulcère avait diminué de moitié, et au bout de dix jours, il était entièrement cicatrisé, sans qu'on se fût aperçu d'une exfoliation notable de l'os.

Les gerçures et ulcérations superficielles par suite de rupture de veines se recouvrent, au moyen de fomentations avec l'eau de kréosote, d'une croûte brune noirâtre qui reste long-temps adhérente, mais qui finit par tomber en laissant voir la surface sous-jacente entièrement cicatrisée.

Mais il peut arriver aussi que cette pellicule en revenant sur elle-même en certains points, tandis qu'elle adhère encore sur d'autres points, provoque des ulcérations et inflammations nerveuses.

Dans les ulcères variqueux plus profonds, les bords se renversent en dedans, leur fond devient égal ou inégal, suivant la forme des parties sous-jacentes, et le travail de la cicatrisation n'a pas lieu.

La kréosote produit sur les ulcères gangréneux les effets suivans : on étend sur l'escarre de la kréosote pure, plusieurs fois par jour; dans les intervalles, on fait des fomentations avec l'eau de kréosote (trois ou quatre gouttes dans une once d'eau distillée). Bientôt après l'escarre se dessèche, surtout quand on a employé de la kréosote pure. Si on s'est servi d'une kréosote moins concentrée ou de l'eau de kréosote, l'escarre se convertit en une sérosité molle, graisseuse, de couleur grisâtre; les bords de l'ulcère se renversent en dedans; mais pour déterminer la chute de l'escarre, il faut, le plus souvent, avoir recours à un onguent balsamique, comme le baume d'Arcéus, l'onguent balsamique, ou aux cataplasmes.

Dans le *décubitus* prolongé, lorsqu'il n'y a point encore d'excoriation, des lotions de kréosote faites plusieurs fois par jour sont quelquefois parvenues à la prévenir.

Quand l'ulcération est fermée; on recouvre les parties excoriées avec une compresse double ou triple trempée dans l'eau de kréosote, que l'on fixe au moyen de bandelettes agglutinatives. Dans les excoriations superficielles il se forme en peu de jours une croûte brune qui, lorsqu'elle tombe, laisse voir au dessous d'elle la plaie cicatrisée. Dans les excoriations plus profondes, la plaie se change en une surface unie, égale, ne sécrétant plus qu'un peu de sérosité; mais elle n'avance point vers la cicatrisation. Les granulations qui s'élèvent souvent sur la surface lardacée du fond de l'ulcère, disparaissent quand toute l'épaisseur du derme n'a point été attaquée; il s'y forme une croûte brunâtre qui tantôt tombe et tantôt reste adhérente.

Le décubitus gangréneux traité par la kréosote, offre les mêmes changemens que les ulcères de cette nature.

Le docteur Heyfelder cite trois cas d'ulcères carcinomateux où la kréosote, employée deux fois par jour, contribua bien à déterger les plaies; mais ne favorisa en rien leur cicatrisation, quoique son usage eût été continué, dans le premier cas, dix-huit jours, dans le second, vingt-sept jours, et dans le troisième, six semaines. La guérison n'eut lieu que lorsqu'on eut substitué à la kréosote le caustique de Hellmund. Dans un cas de carcinôme de l'utérus, des injections d'eau de kréosote et d'une décoction de soucis, ne produisirent également pas le moindre effet.

Le docteur Hahn rapporte par contre l'observation d'un ulcère superficiel du col de la matrice, s'accompagnant d'un écoulement de matières mucoso-purulentes, où les injections d'eau de kréosote diminuèrent cet écoulement au bout de quatre jours, et le firent cesser entièrement au bout de quatorze jours.

Dans un ulcère dartreux situé à la lèvre supérieure, venu à la suite d'un érysipèle à la face, le docteur Hœring, après que plusieurs autres remèdes eurent été inutilement employés, essaya aussi l'eau de kréosote. Ici ce remède n'eut d'autre effet que de déterger la plaie, qui guérit ensuite par l'emploi du caustique d'Hellmund.

Le docteur Heyfelder parle de quatre cas d'éruptions chroniques de nature dartreuse, qui guérirent par l'usage combiné de l'eau de kréosote administrée en lotions, et de la décoction de Zittmann et d'une décoction de salsepareille et de feuilles de séné donnée à l'intérieur.

Le même médecin a vu des ulcères scrophuleux se

cicatriser à l'aide de la kréosote, après que tous les autres moyens avaient échoué.

Obs. VI. — Le docteur Hauff traite, dit-il, dans le moment où il écrit, par la kréosote, une carie scrophuleuse sécrétant un pus ichoreux et de mauvaise odeur; les bords de l'ulcère, dans le principe boursoufflés, fongueux, rongeans, commencent à s'affaisser, prennent une teinte plus rosée et se couvrent de granulations de bonne nature; le pus est plus louable; de sorte que M. Hauff ne doute pas que par l'usage prolongé de ce médicament il ne parvienne à faire cesser entièrement le travail de suppuration jusqu'à l'os même.

Le docteur Hahn cite de même deux cas de carie scrophuleuse où la kréosote a rendu de bons services.

Dans le premier cas (carie scrophuleuse de l'extrémité supérieure du tibia), il avait long-temps fait usage des acides phosphorique et pyro-ligneux; mais dès qu'il a eu employé l'eau de kréosote en injections, l'exfoliation de l'os a semblé marcher avec plus de rapidité; aujourd'hui même elle paraît achevée, car la circonférence de l'ulcère s'est affaissée et la sonde ne rencontre plus de surface osseuse dénudée. Dans l'autre cas (carie récente du calcanéum), l'exfoliation est aussi survenue plus vite et continue encore dans ce moment.

Dans un cas de tumeur blanche scrophuleuse du genou, des frictions faites avec l'huile de jusquiame une once, et la kréosote pure 12 gouttes, n'ont produit aucun résultat.

§ V. — De la kréosote dans quelques formes de la maladie syphilitique.

Le docteur Hahn a essayé de faire des injections d'eau de kréosote, dans la seconde période d'une gonorrhée syphilitique ou dans la gonorrhée chronique, mais sans obtenir aucun résultat. Dans quelques cas ce moyen avait même réveillé les symptômes inflammatoires; dans un cas, il avait produit une orchite.

Ce médecin en a retiré de meilleurs effets dans les ulcères syphilitiques primitifs petits et superficiels; des ulcères plus profonds restaient stationnaires sous son influence. M. Hahn est parvenu aussi, au moyen de la kréosote pure, à arrêter la marche d'un ulcère phagédénique à la suite d'un bubon; mais l'ulcère une fois ramené à un caractère plus simple, la kréosote s'est trouvée sans effet pour son entière guérison.

Les condylomes lavés avec de l'eau de kréosote se flétrissent et disparaissent; quand ils offrent plus de résistance, M. Hahn les touche avec de la kréosote concentrée; ils se dessèchent alors et tombent sous forme de croûte.

M. Heyfelder a également vu de ces excroissances à l'anus et au gland disparaître au bout de deux semaines de l'usage de la kréosote, et dans des cas où tous les autres moyens avaient échoué. Il proscrit au contraire l'emploi de ce médicament dans les ulcères qui peuvent facilement s'enflammer sous son influence.

§ VI. — Bons effets de la kréosote contre les engelures et l'odontalgie provenant de la carie des dents.

Dans les engelures, qu'elles soient ulcérées ou non, le docteur Hahn fait faire des fomentations d'eau de kréosote, et la guérison a lieu au bout de quelques jours.

Dans le cas d'odontalgie provenant d'une dent cariée, ce médecin fait instiller avec un pinceau quelque peu de kréosote pure; la douleur cesse bientôt, mais tantôt elle revient, et tantôt elle ne se montre plus. M. Hahn ignore si la carie s'arrête également; cependant il a cru le remarquer sur une de ses dents.

Le docteur Fichtbauer raconte de son côté que, souffrant de fortes douleurs provenant d'une dent cariée, il y introduisit une petite mèche de charpie imbibée de kréosote pure; les douleurs cessèrent sur-le-champ, mais il fut pris d'une forte salivation qui dura une heure.

Enfin MM. Heyfelder et Hauff citent des observations tout-à-fait analogues; sur douze cas d'odontalgie, le premier de ces médecins a vu la kréosote réussir onze fois.

De ces différens faits et observations découlent les conséquences suivantes :

1° L'action de la kréosote est moins sûre contre les hémorrhagies qui proviennent de gros vaisseaux, que contre celles fournies par de petits;

2° Cette action est incertaine quand les vaisseaux ont été entièrement divisés ou déchirés;

3° Les effets hémostatiques de la kréosote s'affaiblissent à mesure que le sang perd de son albumine : aussi n'en obtient-on plus de succès dans les hémorrhagies longues où le sang a eu le temps de s'apauvrir;

4° On a vu l'emploi de la kréosote toujours suivi de succès contre les crevasses du sein, les engelures et l'odontalgie provenant de la carie des dents;

5° Inutile dans les plaies superficielles, elle est nuisible dans les plaies plus profondes;

6° La kréosote réveille la vitalité dans les ulcères atoniques; elle est un puissant détersif dans les ulcères sordides de mauvais caractère; elle les dispose ainsi au travail de la cicatrisation, qu'il faut ensuite seconder par d'autres moyens. La kréosote diminue encore la suppuration et l'améliore; elle peut même l'amoindrir au point qu'il faille en suspendre l'usage dans les ulcères qui ont besoin de suppuration et de granulations pour se cicatriser;

7° Cet agent thérapeutique ne paraît point avoir d'action particulière sur les ulcères dartreux et cancéreux; il les met tout au plus dans des conditions meilleures pour la guérison, et peut servir ainsi de moyen préparatoire;

8° La kréosote a été employée avec avantage dans les ulcères scrophuleux, et sans effet contre une tumeur blanche de même nature;

9° Essayée dans quelques formes de la maladie sy-

philitique, elle s'est montrée sans efficacité dans l'écoulement chronique ou atonique de la gonorrhée ; elle a produit de l'amélioration dans les ulcères indolens, et a constamment réussi contre les condylômes (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

OBSERVATIONS recueillies par le docteur HAMILTON.

L'auteur de cette communication, déjà connu avantageusement par plusieurs travaux et surtout par l'histoire de la scarlatine qui a régné à Edimbourg en 1832, rapporte ici plusieurs observations curieuses, et qu'il accompagne de réflexions pratiques dont nous reproduirons les plus importantes.

La première de ces observations est celle d'une pleuro-pneumonie avec perforation du poumon et apparition, à une certaine époque de la maladie, d'une tumeur probablement de nature gangréneuse près du sternum, entre la seconde et la troisième côtes gauches. En même temps les crachats muco-purulens devinrent très-abondans ; mais le reste de la poitrine, du même côté, était mat à la percussion. Cependant ces symptômes disparurent peu à peu, et le malade paraît s'être trouvé assez bien au bout de deux ou trois mois, pour pouvoir reprendre ses travaux. Un mois après, la percussion donnait encore un son un peu sourd du côté malade. Voici maintenant comment le docteur Hamilton s'explique ces divers symptômes. La pleuro-pneumonie dont le malade avait offert les signes les plus constans dès le commencement de sa maladie, détermina un épanchement qui était circonscrit de toutes parts par des adhérences. Cet épanchement parvint, par la tendance naturelle à ces sortes de symptômes, à perforer en même temps la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, et se fraya ainsi une route par les bronches, en même temps que l'introduction de l'air derrière la plèvre costale détermina la formation de la tumeur gazeuse. La guérison de la maladie s'explique facilement par le peu d'étendue de la surface qui était en contact avec l'air.

La seconde observation est celle d'un cas de fausse mélanose observée chez un sujet de 58 ans, et qui avait été occupé pendant quarante ans dans les mines de charbon de terre. Nous ne donnerons pas ce fait ici, tant parce que nous en avons déjà consigné plusieurs tout-à-fait semblables dans les revues précédentes des journaux anglais, que parce qu'un autre article sur le même sujet va nous occuper tout à l'heure. Une partie de poumon de cet individu, transmise à M. Graham, professeur de chimie à Glascow, a fourni à ce savant plus d'un quart de carbone pur.

Le même poumon, examiné au microscope, n'a présenté aucune organisation distincte. La matière noire et la substance du poumon présentaient une masse confuse ; la première existait sous deux états différens : d'une part, elle pouvait être entraînée facilement avec le mucus bronchique ; de l'autre, elle était contenue dans le tissu cellulaire interlobulaire ; cette matière était entièrement composée de globules plus gros que ceux du sang. Ces globules étaient disposées dans le tissu celullaire qui environne les cellules pulmonaires, à peu près comme la matière terreuse est déposée dans les os ; on n'a pu découvrir de matière noire dans aucune cellule pulmonaire.

La troisième observation offrirait beaucoup d'intérêt si l'autopsie eût pu être pratiquée ; cependant elle offre encore à M. Hamilton l'occasion de faire quelques remarques sur l'emploi de l'opium dans le traitement des fièvres continues et des phlegmasies. La malade qui fait le sujet de cette observation ayant présenté, après huit ou dix jours d'une fièvre continue, les symptômes d'une péritonite suraiguë, il prescrivit une saignée et quatre grains d'opium, qui furent pris à quatre heures de distance, sans déterminer le moindre trouble dans l'intelligence. Le lendemain, deux pilules d'un grain d'opium sont administrées, et le soir la malade tombe dans un état d'abattement qui se change en coma et amène la mort le surlendemain à 5 heures du matin, malgré l'administration de quelques stimulans.

Le docteur Hamilton termine par quelques remarques sur la fréquence de la maladie des reins décrite par le docteur Bright chez les enfans, à la suite de la scarlatine, et qui viennent à l'appui de celles qu'il a présentées dans le mémoire que nous avons déjà indiqué. Cependant il semble disposé à admettre maintenant que cette maladie, qui n'est qu'une complication de la scarlatine, et qui n'existe pas dans tous les cas, se lierait à l'état de la constitution, à une disposition aux scrophules. Les cas où il l'a observée chez deux enfans dans la même famille, sont très-nombreux ; il en cite un surtout où cette disposition constitutionnelle lui a semblé très-évidente. Quatre enfans qui résidaient dans la même maison, dont trois étaient sœurs et le quatrième était d'une autre famille, furent pris de scarlatine. Les trois sœurs, qui étaient scrophuleuses, présentèrent un anasarque très-développé, tandis que l'autre enfant y échappa complétement.

---

(1) Nous croyons ici à sa place une petite note sur la suie cristallisée, insérée par le docteur Riecke dans le n° 24 de ce recueil. La kréosote, dit ce médecin, me rappelle un remède employé il y a quarante ans et oublié depuis ; je veux parler de la suie cristallisée, que chez les petits enfans on administrait contre les coliques et les diarrhées simples, dysentériques ou cholériques, à la dose d'une pointe de couteau jusqu'à une cuillérée à café, suivant l'âge ou l'intensité du mal ; on l'incorporait dans du miel ou dans du lait sucré. Jamais je n'en ai vu de suites fâcheuses ; mais souvent la violence du mal en était domptée.

Remarques de médecine pratique, par le docteur Scott. *Observations sur l'utérus irritable* (hystéralgie).

On sait que le docteur Gooch a décrit sous le nom d'utérus irritable un état douloureux de cet organe, qui ne se lie pas à une altération organique, mais est extrêmement opiniâtre, et ne disparaît qu'après un temps ordinairement très-long. La Gazette médicale a aussi appelé l'attention de ses lecteurs sur ce sujet dans un travail particulier (1) et dont les conclusions sont conformes à celles du docteur Gooch. Le docteur Scott, tout en adoptant l'exactitude de la description donnée par Gooch, pense que ce dernier a trop insisté sur la nature nerveuse de cette maladie, et qu'au lieu d'une simple irritation (dans le sens qu'attachent les Anglais à ce mot), elle se lie souvent à un état inflammatoire de la muqueuse du vagin. Le cas suivant, qu'il rapporte à l'appui de son opinion, lors même qu'il ne devrait pas être rangé parmi ceux dont a parlé Gooch en traitant de l'utérus irritable, ce que nous avons quelques raisons de soupçonner, est trop important pour que nous ne le rapportions pas en entier.

Obs.—Une dame nouvellement mariée éprouvait depuis plusieurs mois une diminution notable avec dérangement dans la menstruation, et un léger écoulement blennorrhagique. Elle attribuait cet état à une chute qu'elle avait faite dans les escaliers, et à la suite de laquelle elle avait éprouvé une perte; elle avait une bonne constitution et avait toujours joui d'une belle santé. Des sangsues avaient été plusieurs fois appliquées aux chevilles; des bains de pied, des bains de siége, des laxatifs et un régime doux lui avaient été prescrits pendant plusieurs mois sans aucun soulagement. Il s'y joignit dans la région utérine une douleur si intense qu'elle était dans une agitation et une insomnie continuelles. L'état du pouls n'offrait rien de très-anormal; le col de l'utérus paraissait tout-à-fait sain, peut-être un peu plus long que d'habitude. Le toucher indiquait un état de turgescence et une exagération de la chaleur naturelle; il n'augmentait pas la douleur. Cette dernière venait par paroxysmes qui duraient deux ou trois jours, quelquefois avant, d'autres fois après la période menstruelle; elles étaient moins vives le jour, mais d'une violence extrême pendant la nuit. Elle se plaignait tantôt d'une douleur cuisante excessivement vive, tantôt d'une sensation comme si on eût déchiré toutes les parties qui étaient le siége de la douleur; d'autres fois, elle croyait sentir un corps dur qui portait contre la matrice. Ordinairement l'accès se terminait par l'écoulement d'un fluide sanguinolent.

Les saignées locales et générales, les bains de vapeur, les narcotiques de toute espèce, le mercure, le copahu, les cantharides, enfin tous les moyens conseillés par Gooch et une foule d'autres encore, furent employés sans succès. Au bout de deux ans et demi, pendant lesquels la malade resta constamment couchée et avait perdu beaucoup de son embonpoint; on eut recours enfin au spéculum. Le col de l'utérus offrit sa saillie ordinaire; mais sa muqueuse et celle qui recouvre le vagin étaient d'un rouge vif, et on voyait sortir du canal utérin un mucus coloré. Il y avait aux environs de l'urètre une ulcération superficielle qui était entourée de végétations. On appliqua aussitôt à l'utérus et au vagin 12 sangsues qui prirent facilement, se remplirent avec promptitude sans occasioner de douleurs, et déterminèrent, un écoulement abondant de sang à la suite. Cette première application ayant été suivie immédiatement d'une diminution considérable de la douleur, une nouvelle application fut faite chaque semaine pendant environ trois mois; l'ulcération fut touchée avec le nitrate d'argent, la douleur disparut complétement, et la malade fut envoyée à la campagne, où elle se rétablit parfaitement.

(1) Gazette médicale, année 1830, page 325.

Relation de l'autopsie d'un sujet affecté d'empyème chronique avec ossification de la plèvre droite.

Ce fait lors même qu'il serait complet n'offrirait d'intérêt que sous le rapport de l'étendue de l'ossification qui avait envahi toute la plèvre costale ou plutôt qui l'avait recouverte. Car, d'après les termes même du rapport, il semble que l'ossification se trouvait plutôt dans les fausses membranes déposées à la surface de la plèvre que dans le tissu cellulaire sous-pleural; mais l'observation elle-même est très-incomplète. Tout ce que l'auteur a pu apprendre sur les antécédens du sujet, c'est que 13 ans auparavant, il avait été affecté d'une pleuro-pneumonie grave, et qu'ensuite il avait eu un abcès qui s'était ouvert vers la 8e ou 9e vertèbre dorsale du côté gauche, pour lequel il était entré dans plusieurs hôpitaux de Londres. Il était mort presque subitement à l'âge de 29 ans, à la suite d'excès. A l'autopsie on trouva dans la cavité de la plèvre gauche sept ou huit pintes d'un liquide purulent et coloré en rouge, et la plèvre qui détachée avec soin offrit l'état suivant:

A l'extérieur, elle avait l'apparence d'un large kyste fibro-cartilagineux, ovoïde, dont l'épaisseur variait depuis un huitième jusqu'à un quart de pouce. A l'intérieur sa surface présentait beaucoup d'irrégularités, des enfoncemens et de nombreuses saillies osseuses, et ne paraissait point avoir été couverte d'une membrane séreuse; elle était revêtue partout d'une substance ayant quelque ressemblance avec le tissu du foie, d'une couleur brunâtre et qui semblait avoir été déposée par le fluide dont la cavité était remplie. On enlevait cette substance à peu près comme on le fait pour les lames d'un sac anévrismal; la plèvre pulmonaire présentait aussi quelques plaques d'ossification, mais moins larges et moins épaisses que celle de la plèvre costale.

Sur l'existence du charbon dans les poumons, par M. Graham, professeur de chimie à Glascow.

Les recherches de M. Graham sur la matière noire

contenue dans les poumons de quelques individus, et spécialement de ceux qui ont travaillé dans les mines de charbon de terre, sont purement chimiques; aussi nous contenterons-nous, sans entrer dans le détail des expériences qu'il rapporte, d'en faire connaître le résultat.

Le fait le plus saillant c'est que cette matière noire n'est pas le produit d'une sécrétion, mais qu'elle vient du dehors. Le pigmentum nigrum du bœuf, la sépia et toutes les substances noires empruntées au règne animal se décolorent quand on les traite par le chlore. La matière noire dont il est question ici n'éprouve aucun changement.

Cette matière peut varier dans sa composition. Cependant dans le plus grand nombre des cas où M. Graham l'a analysée, il a cru devoir la rapporter plutôt au noir de fumée ou à la suie qu'au charbon de terre.

Il paraît que cette matière peut s'accumuler dans les poumons en très-grande quantité sans déterminer de symptômes morbides. M. Graham cite un certain nombre de cas où on en a trouvé les poumons remplis, chez des sujets qui n'avaient pas donné le moindre signe d'affection pulmonaire avant la mort, causée par quelque accident ou par une maladie différente.

REMARQUES SUR L'EMPLOI DE L'ARSENIC dans les affections cutanées, par le docteur THWAITES.

Avant d'entrer dans son sujet, l'auteur jette un coup d'œil sur l'effet que produit l'arsenic dans l'économie, lorsqu'il est employé comme poison ou comme médicament. Lorsqu'il est administré comme poison, on remarque d'abord une diminution de l'action du cœur, ensuite une inflammation de l'estomac assez violente pour amener rapidement la mort avant que des altérations très-profondes aient pu être produites. Quand la mort n'a pas lieu aussi promptement, on voit se succéder les vomissemens noirs, les coliques violentes, les déjections alvines, les lypothymies, une soif excessive, le gonflement de tout le corps, le délire, les convulsions et la mort.

Sous forme médicinale, ses effets sont tout-à-fait différens : son premier effet sur l'économie est d'augmenter la plénitude et la force du pouls, qui, en s'accroissant graduellement, amènent un état de pléthore, et à la fin un anasarque général. On peut l'administrer jusque-là sans rien craindre. En même temps qu'il exerce cet effet spécifique sur le pouls, on remarque dès le commencement de son administration le gonflement et la démangeaison des paupières, la rougeur et l'irritation de la gorge, une toux légère et une couche crêmeuse et très-épaisse sur la langue.

L'auteur établit d'abord que toutes les maladies de la peau sont inflammatoires, et il se demande ensuite à quelle époque on doit commencer l'administration de l'arsenic. C'est, selon lui, dans les dernières périodes, à l'époque où les symptômes aigus ont disparu, soit par le traitement, soit par le temps; on doit bien éviter de l'employer dans les affections récentes.

Doit-on en suspendre l'usage aussitôt que ses effets sur l'économie commencent à se manifester? il pense que non, et que ce serait le meilleur moyen de ne pas obtenir une seule guérison. Aussi il recommande de l'administrer avec beaucoup de prudence dès le commencement. En commençant par des doses de deux ou trois gouttes, on peut retarder la guérison du malade d'un ou deux jours, mais on ne peut lui nuire, et on est presque assuré d'obtenir ensuite de bons effets en augmentant graduellement.

L'arsenic paraît agir, dit M. Thwaites, comme résolutif, à l'époque où la maladie a toujours déterminé un certain état de débilitation générale.

Il rapporte ensuite trois observations de *porrigo furfurans* et un de *lepra vulgaris*, où il serait difficile de méconnaître l'efficacité de l'arsenic.

DÉPLACEMENT D'UN DES CARTILAGES SEMI-LUNAIRES DU GENOU; par le docteur REID.

Le docteur Reid a présenté à la société anatomique d'Édimbourg un exemple de déplacement qui paraît correspondre à l'affection du genou décrite par M. Hey sous le titre de *Dérangement interne de l'articulation du genou;* et par sir A. Cooper sous celui de *Luxation partielle du fémur sur les cartilages semi-lunaires;* mais aucun de ces deux chirurgiens n'en avaient vu d'autopsie.

Le tissu fibreux qui joint le bord externe du cartilage semi-lunaire externe au bord de la tête du tibia est déchiré en travers dans sa moitié antérieure; et on trouve le cartilage semi-lunaire jeté en dedans et en arrière et placé entre l'épine du tibia, le ligament croisé postérieur et le ligament postérieur de Winslow. Le ligament transverse est intact. Le cartilage lui-même est considérablement aplati et élargi; et la portion restante du tissu fibreux qui unit son bord externe au tibia est très-épaissie et a pris quelque chose de l'aspect fibro-cartilagineux. Le cartilage d'incrustation de la partie antérieure du tibia ayant été soumis aux libres mouvemens du condyle fémoral est devenu rugueux. Les mouvemens des articulations paraissaient assez libres, autant qu'on peut en juger sur le cadavre; mais il est aisé de constater que, les ligamens étant déchirés dans une moins grande étendue que dans le cas actuel, ou bien le ligament postérieur étant mis dans un état de tension par l'action des muscles dans la marche, le cartilage peut être chassé entre le condyle et l'épine du tibia et produire le même effet que la présence d'un cartilage flottant dans l'articulation.

L'observation de ce cas ne put être recueillie. L'homme était mort à l'infirmerie; durant le temps de son séjour il ne s'était jamais plaint du genou; et la garde ne se souvenait pas de l'avoir vu boiter en marchant.

—

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCES.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DE DIFFÉRENTES MALADIES ; par le docteur GRAVES.

Le docteur Graves continue à fournir sur les points les plus variés de la médecine pratique des communications dont plusieurs pourraient faire l'objet des mémoires importans, et qui toutes offrent un intérêt particulier par leur utilité pratique et par l'absence de ces hautes théories qui n'ont souvent d'autre utilité que de jeter des doutes dans les discussions ou de donner des fausses interprétations des faits.

Bruit de soufflet et battemens du cœur sensibles dans toute la poitrine pendant la pneumonie.

Laënnec n'avait jamais observé le bruit de soufflet dans la pneumonie ; il pensait même que quand on le rencontrait pendant le cours d'une inflammation il dépendait de la constitution nerveuse du sujet.

Le cas que rapporte ici le docteur Graves et qu'il a observé avec le docteur Marsh lui a présenté un bruit de soufflet extrêmement fort, que l'on entendait dans toute la partie antérieure de la poitrine, mais que l'on ne trouvait pas dans les carotides. Une preuve qu'il ne dépendait pas de l'état nerveux du sujet, c'est d'abord que ce dernier était très-fort, avait toujours joui d'une bonne santé et n'offrait aucun des caractères du tempérament nerveux. Ensuite le bruit de soufflet, qui a exactement suivi chez lui la marche de la pneumonie, offrait plus d'intensité ou diminuait suivant que la pneumonie augmentait ou diminuait.

Il termine par quelques mots sur la *pulsation veineuse* observée dans les veines des membres qu'il a rencontrée dans un cas de pneumonie grave et chez une dame atteinte d'une péritonite aiguë.

Erysipèle symétrique.

Cette observation a vivement intéressé les élèves de l'école de Dublin ; c'est l'histoire d'un érysipèle survenu chez un jeune homme à la suite de l'application d'un séton et qui a présenté pendant son cours un exemple remarquable de la symétrie qu'offrent dans leur forme quelques maladies de la peau. Cet érysipèle parti du col a parcouru presque tout le tronc, et présenta constamment la même variation de forme des deux côtés de la ligne médiane en avant comme en arrière.

Perte de l'odorat.

OBS. — M..., ancien capitaine d'un corps de yeomanry, m'a rapporté que dans la rébellion de l'Irlande en 1798, les magistrats lui ayant appris que 500 piques étaient cachées dans un marché de Dublin, ensevelies au fond d'une grande fosse qu'on avait remplie de toutes les ordures du marché, il se rendit à cet endroit, surveilla les travaux pour faire vider la fosse, au fond de laquelle on trouva les piques qui y avaient été cachées. Pendant l'opération, il fut exposé aux émanations les plus horribles et eut beaucoup à en souffrir. Le jour suivant, il remarqua qu'il était devenu entièrement insensible aux odeurs, et bien que 36 ans se soient écoulés depuis lors, il est toujours resté privé de l'odorat.

Il paraîtrait d'après ce fait, dit le docteur Graves, que de même que l'exposition à une lumière très-intense peut déterminer l'amaurose, l'exposition à des odeurs très-fortes peut produire aussi une affection analogue du nerf olfactif.

Carbonate d'ammoniaque dans l'urine.

Déjà le docteur Graves a rapporté ailleurs un exemple de cette altération de l'urine observée chez un jeune homme affecté d'une fièvre continue avec pétéchie. Chez lui cet état de l'urine apparut à une époque où il était très-mal, et disparut au bout de cinq jours lorsqu'il survint de l'amélioration. Le nouveau cas qu'il rapporte ici est tout différent ; le sujet est un homme atteint d'anasarque pour avoir travaillé dans l'eau et commis des imprudences. Son urine était d'un jaune pâle, ne contenait pas d'albumine et agissait comme un alcali sur les couleurs végétales. Elle déposait un précipité formé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, et ne contenait pas de trace d'urée. Les acides minéraux produisaient une vive effervescence. Comme le dernier de ces malades est mort, on a examiné avec soin ses reins que l'on a trouvés un peu plus volumineux qu'on ne l'eût attendu et avec une congestion sanguine prononcée. La vessie était saine ; on s'était assuré que ce n'était pas dans la vessie que se formait ce carbonate d'ammoniaque.

Guérison spontanée d'une ascite chronique.

Cette observation est l'histoire d'une dame qui depuis treize ans portait une ascite considérable ; le ventre énormément tendu était plus gros que celui d'une femme enceinte arrivée au terme de sa grossesse. Il n'y avait ni douleur ni même sensibilité à la pression : la santé générale était bonne et depuis cinq ans le ventre avait cessé d'augmenter, quand les menstrues qui avaient toujours été régulières quoique peu abondantes, le devinrent tout à coup, revenant tous les quatorze ou quinze jours et en durant six ou sept ; en même temps elle rendait une grande quantité d'urine et son ventre diminuait rapidement de volume. Effrayée d'une diminution aussi prompte et de la faiblesse où elle se trouvait, elle fit appeler le docteur Graves, qui lui prescrivit le vin de négus ; bientôt il s'établit des sueurs abondantes la nuit, qui accélérèrent encore la diminution de l'ascite, dont au bout de quinze jours il ne restait plus d'autre trace que la flaccidité des tégumens : la malade la comparait elle-même à une bourse vide. Sa santé se rétablit complétement, et elle reparut dans la société avec une taille fine et délicate à la surprise de tout le monde.

Inflammation diffuse terminée d'une manière funeste à la suite d'un épanchement dans la poitrine.

Les deux cas rapportés ici par le docteur Graves offrent beaucoup d'intérêt par leur ressemblance, et surtout par l'analogie qu'ils présentent avec les cas d'inflammations diffuses, qui, causées par une plaie faite en disséquant, se terminent subitement par un épanchement pleurétique. Ces cas en effet, qui ne sont pas très-rares, qui sont même peut-être plus communs que ne semble le croire le docteur Graves, sortent entièrement de la sphère des phlegmasies ordinaires et nous paraissent devoir être de quelque importance dans l'étude des maladies générales, ou peut-être même dans celle des liquides du corps humain, lorsque les matériaux nécessaires à cette étude auront été réunis dans ce but. Nous allons présenter un aperçu rapide de l'un de ces faits.

Obs. — Jean Smyth, âgé de 22 ans, admis à l'hôpital Meath, le 11 novembre 1833, présentait de la fièvre qu'il dit lui être survenue depuis cinq jours à la suite d'un refroidissement.

Le 12, il n'y a point eu de sommeil pendant la nuit, mais beaucoup de délire; la langue est sèche, brune et tremblante; il n'y a pas de soif, pas de toux; la poitrine résonne parfaitement dans toute son étendue; l'abdomen est souple et sans sensibilité; les selles modérément régulières; la peau chaude, sans éruption; le malade ne se plaint que de céphalalgie; le pouls est à 112. Des applications froides sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, des potions gazeuses et quelques doses de pilules bleues, combinées avec l'extrait de jusquiame, procurent un peu de soulagement.

A la fin du septième jour de la maladie, épistaxis suivi d'un fort délire. Une sangsue appliquée à chaque narine, un laxatif et un petit vésicatoire derrière le col font aussitôt disparaître l'excitation cérébrale, et le malade repose tranquillement.

Le onzième jour, le malade devient sourd, ce qui n'empêche pas son état de s'améliorer; la fièvre diminue graduellement et cesse tout-à-fait le 26 novembre, vingt-unième jour de la fièvre.

Mais le soir du même jour, nouvelle série de symptômes. D'abord malaise, puis frisson, fièvre intense, douleur à la gorge et difficulté en avalant. Ces symptômes s'aggravent durant la nuit; un gonflement considérable se développe autour du col; et, à l'intérieur, le voile du palais, la luette et les tonsilles sont si tuméfiés que la gorge paraît presque close; la voix était croupale. L'état du malade va en s'aggravant, malgré le traitement le plus rationnel, et il succombe le 29.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Une incision pratiquée du menton à l'ombilic montre les muscles du thorax et de l'abdomen rouges et fermes, tandis que ceux du col sont pâles et ramollis; le tissu cellulaire voisin est infiltré d'un liquide jaune et séro-gélatineux, que l'on retrouve aussi dans le médiastin antérieur. Les deux cavités de la poitrine contiennent environ deux *quartes* d'un fluide séro-sanguinolent, offrant quelques flocons albumineux. Le tissu cellulaire du péricarde est également infiltré. Le ventricule droit présente une ecchymose de la longueur d'un shelling. Les cordes vocales sont légèrement épaissies.

L'abdomen n'a pas été examiné.

Sur la meilleure manière d'administrer le calomel dans les inflammations aiguës.

Le docteur Graves part ici d'un point qu'il suppose prouvé et accordé de tous ses lecteurs, savoir, la nécessité d'avoir recours, dans quelques inflammations aiguës, à l'emploi du mercure; aussi s'occupe-t-il seulement de la meilleure manière de l'employer. Pour la plupart des lecteurs français, il aurait fallu commencer par démontrer cette nécessité. Cependant nous sommes obligés de prendre son travail tel qu'il est, bien convaincus, pour notre part, qu'il est une foule d'inflammations aiguës où le traitement antiphlogistique, même le plus actif et employé dès le début, est complétement inefficace, et ayant été à même de reconnaître que, dans quelques-uns de ces cas, l'action du mercure a un effet très-remarquable.

« Si un malade, dit le docteur Graves, est saisi d'une péricardite très-aiguë, le traitement sera le plus souvent inefficace, à moins que l'on n'ait recours à l'action du mercure. A l'appui de cette assertion je pourrais rapprocher un grand nombre de cas de cette maladie traités dans nos hôpitaux et notre pratique particulière, d'un nombre égal de cas de la même maladie recueillis dans les hôpitaux du continent (France et Allemagne), et le résultat de cette comparaison ne serait pas douteux. Quand une péricardite, même des plus graves, est traitée par d'abondantes évacuations sanguines et l'ingestion rapide du calomel, il est peu de malades qui succombent. Si, au contraire, le praticien s'en rapporte uniquement à la saignée du bras ou aux saignées locales, ou s'il n'emploie le calomel qu'à une dose insuffisante, la mort rapide de son malade ou le développement d'adhérences, de l'induration des valvules ou des autres suites funestes de la péricardite, lui feront souvent regretter de s'en être rapporté uniquement à ce traitement. On en peut dire autant des cas les plus aigus de péritonite, d'hépatite, de pneumonie, de pleurésie, et même de dysenterie; (non celle d'Europe, mais celle que l'on observe aux Indes.)

Le docteur Graves ne voudrait pourtant pas qu'on le rangeât parmi les praticiens qui emploient le mercure dans tous les cas, à tort et à travers. Il n'a jamais recours au calomel à haute dose ou même à petite dose, que quand l'état du malade le réclame instamment; que quand il y a danger pour son existence, quand un organe important est menacé d'une prompte destruction. Lorsqu'il a résolu d'employer cette méthode, voici les précautions qu'il prend.

Le malade ne doit boire aucun fluide froid; toutes

ses boissons doivent être modérément chaudes ; l'eau d'orge sans citron est la tisane qui convient le mieux. Il n'en doit pas boire plus de trois pintes par jour, parce que les boissons trop abondantes dérangent les intestins et l'estomac, et favorisent la diarrhée mercurielle.

Quand on veut administrer un scrupule de calomel à la fois, la manière la plus simple est de faire tirer la langue au malade, de verser dessus la poudre, de la lui faire avaler avec un peu de gruau. Dans quelques cas une seule dose de ce genre est suffisante par jour ; mais lorsque le danger est pressant, on est obligé d'en administrer une seconde dose au bout de douze heures. De cette manière, on peut en peu de temps soumettre l'organisme à l'influence du mercure et arrêter une inflammation dangereuse. Mais on ne peut toujours obtenir cet effet sans déterminer de fortes coliques ou un dérangement intestinal considérable. Ces accidens arrivent quelquefois, quelle que soit la méthode que l'on ait adoptée pour administrer le mercure, soit en frictions, soit à l'intérieur.

Voici encore un autre point digne de fixer l'attention : « l'on suppose en général qu'à l'époque où le mercure va agir sur les glandes salivaires, il détermine un certain degré de fièvre, l'accélération du pouls, etc. ; et pourtant je puis affirmer que, toutes les fois que la fièvre est produite par l'inflammation, elle existait au moment où j'ai administré le calomel. Constamment il y a, au moment où l'action du mercure commence à être sensible, une diminution notable dans l'intensité de la fièvre et dans l'accélération du pouls. Lorsque, comme on le voit dans quelques cas, surtout lorsqu'ils ont été négligés dès le commencement, ce retard du pouls ne survient pas à l'époque où l'action du mercure commence à se faire sentir, le pronostic est défavorable, et il l'est encore plus si le pouls s'accélère ; car alors il est très-rare que l'on puisse arrêter la maladie. »

Urine albumineuse dans l'hydropisie.

Le docteur Graves a vu tant de fois l'albumine disparaître entièrement de l'urine pendant le cours des hydropisies, qu'il ne peut croire que cette production anormale dépende constamment de l'altération organique décrite par le docteur Bright. Il est disposé à la regarder plutôt comme l'effet d'un trouble fonctionnel. Une observation attentive des différentes formes sous lesquelles se présente l'hydropisie, l'a conduit aux conclusions suivantes. Lorsque l'hydropisie est chronique, arrive graduellement, et n'est évidemment causée ni par une inflammation, ni par une lésion organique, alors on a quelque lieu de croire qu'elle est de la même nature que le diabète. Si, en outre, l'urine est plus copieuse, et si elle contient de l'albumine, alors on ne doit pas balancer à employer le seul traitement qui convienne dans ces cas, le traitement par l'opium et l'alimentation animale. Il rapporte un exemple de cette forme d'hydropisie, où le traitement qu'il conseille a eu un plein succès.

Diabète insipide.

Cette espèce de diabète est beaucoup plus rare que le diabète sucré ; aussi le docteur Graves dit-il n'en avoir observé que trois cas en quatre ans. Il rapporte ici deux de ces cas comme des exemples de cette maladie si opiniâtre et si intraitable. Malheureusement les deux sujets sont sortis trop tôt de l'hôpital, pour qu'on pût être assuré que l'amélioration qu'ils éprouvaient dût être permanente. Quoique l'urine différât par sa gravité spécifique et sa composition chimique de celle du diabète sucré, cependant elle avait repris ses propriétés et sa quantité ordinaires, et la santé du malade s'était améliorée sous l'influence du traitement qui convient le mieux dans le diabète sucré ; en sorte que, quelque différence que l'on établisse entre ces deux maladies sur la nature de l'urine, elles semblent presque identiques. Quant aux symptômes constitutionnels, ils paraissent réclamer la même méthode de traitement.

III. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

(Cahiers d'octobre.)

TRAITEMENT DES POLYPES DES NARINES ET DU CONDUIT AUDITIF PAR LA SOLUTION DE SULFATE DE ZINC.

M. Joseph Dallaway, chirurgien de division, assure que dans dix-sept cas de polypes ordinaires des narines, il a réussi à les détruire radicalement sans avoir recours à aucune opération. Il se sert d'une solution de sulfate de zinc à la dose de deux scrupules à un gros pour une once d'eau ; il introduit dans la narine de la charpie bien imbibée de cette liqueur, et en recouvre toute la surface de la tumeur qu'il est possible d'atteindre, en s'aidant d'une sonde ou d'un stylet boutonné. Afin de tenir cette charpie constamment humide, on l'arrose quatre ou cinq fois dans la journée avec la solution ; et on la renouvelle soir et matin. Cette médication bien simple a suffi dans les 17 cas pour procurer une guérison radicale dans l'espace de quinze jours. Il faut remarquer que tous étaient de nature bénigne.

M. Dallaway a commencé à se servir de ce moyen dès 1797, et il présume qu'il réussirait de même dans certains cas de polypes mous de l'utérus. Il a transmis en 1833 un long mémoire sur ce sujet à M. Copland Hutchison qui en communique cet extrait à la *Gazette médicale de Londres.*

« Depuis que j'ai reçu ce mémoire, ajoute M. Hutchison, j'ai essayé ce remède dans ma propre pratique au Dispensaire général de Westminster ; et dans trois cas de polypes mous ordinaires, j'ai réussi à détruire la maladie dans l'espace de dix jours. Je tiens aussi de mon collègue, M. Thomas Chevalier, qu'il a été également heureux dans un ou deux autres cas. »

M. Chevallier confirme l'efficacité de ce traitement par une lettre pleine d'intérêt, que nous reproduirons presque littéralement. On remarquera seulement que

l'opinion de l'auteur sur la nature des polypes de l'oreille, est la même que celle que M. Dupuytren développait dans ses savantes cliniques, et dont nous avons alors rendu compte à nos lecteurs. « Depuis que j'ai eu connaissance de la méthode de M. Dallaway, dit ce chirurgien, j'ai rencontré au moins six cas dans quatre desquels elle a été l'unique moyen de guérison. Je rapporterai ici le cas d'un jeune garçon de 14 ans, qui offrait une des formes les plus graves de la maladie, le polype remplissant complétement la partie antérieure des narines, et paraissait s'étendre vers le front et dans le sinus maxillaire. Je commençai par pousser sur le polype des injections avec une solution d'un gros de sulfate de zinc pour une once d'eau jusqu'à ce que le liquide vînt à pénétrer dans la gorge. Aussitôt que le malade put aspirer par le nez un peu de liquide, je lui prescrivis, comme dans toutes mes autres observations, d'abaisser la proportion du sulfate à un demi-gros, et de continuer les injections, en l'avertissant que, s'il en avalait beaucoup, il pourrait s'en trouver mal. Mes avis furent complétement suivis, et la guérison était complète au bout de trois mois.

« Dans les deux derniers cas, j'ai commencé par appliquer la pince à polypes, qui pouvait agir avec avantage sur une portion de la tumeur; non que ma confiance fût le moins du monde diminuée dans l'efficacité du remède de M. Dallaway; mais tout simplement pour aller plus vite. Je n'ai jamais vu résulter aucun inconvénient des aspirations de cette solution dans les narines.

« Les polypes que l'on rencontre communément dans les narines sont une sorte de vésicules creuses, sphéroïdales, attachées à la membrane de Schneider, ou bien l'une à l'autre, par des pédicules étroits comparativement à leur volume. Je les ai certainement vus se contracter et se relâcher alternativement et à plusieurs fois (je puis affirmer pour trois reprises), lorsqu'après leur ablation on les met dans un bassin d'eau. Je ne voudrais pas, toutefois, leur attribuer pour ce motif une vie indépendante. Nous avons des raisons plus puissantes de croire que les hydatides sont des animaux distincts, et cependant l'esprit hésite encore à l'admettre.

« Je n'ai jamais vu dans le conduit auditif externe des polypes analogues à ceux des narines. Les polypes du conduit auditif, d'après mon expérience, ne sont pas creux. Bien que de forme sphéroïdale, et *se rétrécissant* (*shrink*) quand on les arrache de leur point d'insertion, ils n'offrent pas la moindre apparence d'un mouvement actif. Ils émergent généralement par un très-petit orifice de la peau, ou bien ils peuvent sortir encore du cartilage de la trompe, et consistent dans un tissu spongieux très-lâche, gorgé de sang et de sérosité, et recouvert de la même pellicule délicate qu'on rencontre sur tous les ulcères bourgeonnans. Ce n'est, à mon avis, rien autre chose qu'une *chair baveuse*. Le bourgeon est à la vérité plus volumineux que d'ordinaire, et va même jusqu'à simuler un fongus à col très-rétréci; mais tous les chirurgiens ont vu en d'autres parties des fongus précisément analogues, et qui, à part leur volume et leur position, peuvent être décrits comme étant la même chose que ces polypes du conduit auditif. Extirpez une petite portion du milieu de l'ongle de l'orteil en le ratissant ou en le rognant, vous aurez une plaie circonscrite, comprimée à sa circonférence, et qui négligée bourgeonnera à la manière de ce que vous appelez un polype de l'oreille. Toutefois, la forte solution de sulfate de zinc est aussi efficace contre ces prétendus polypes auriculaires que pour les polypes des narines. J'en ai fait l'essai dans une foule de cas, et j'ai généralement trouvé la proportion d'un scrupule de sulfate de zinc pour une once d'eau suffisante. Je me borne à établir aujourd'hui ces faits, que je donnerai avec plus de détails dans un ouvrage auquel je travaille depuis plusieurs années sur les maladies de l'oreille. »

FEUILLETON.

PLAN ET ORGANISATION DES HOPITAUX D'ALIÉNÉS, suivi de la description détaillée de l'hôpital de Siegburg, par le docteur MAXIMILIEN JACOBI (1).

Aujourd'hui l'on s'occupe avec activité de l'aliénation mentale, et cependant ce sujet important trouve à peine place dans l'enseignement des Facultés, où il n'en est question que pour mémoire. Mais si les professeurs enseignent peu, en revanche les auteurs écrivent beaucoup, et nous possédons d'excellentes monographies sur les divers genres de folie. Mais jusqu'ici l'on avait peu fait connaître les détails relatifs soit à la construction, soit à l'organisation des maisons d'aliénés. Les auteurs se sont pour la plupart bornés à des préceptes généraux. Le docteur Maximilien Jacobi a senti cette lacune et l'a remplie avec une scrupuleuse exactitude. Son ouvrage mérite dêtre médité, car toutes les idées qu'il contient sont le fruit de l'observation et de l'expérience. Il est utile aux médecins chargés de diriger ces établissemens et aux administrateurs qui les élèvent ou les surveillent.

L'auteur divise son ouvrage en deux parties : la première a pour but de faire connaître les principes généraux qui doivent présider à la construction et à l'organisation d'une maison d'aliénés; principes que l'on peut facilement appliquer à l'arrangement d'un bâtiment que l'on voudrait consacrer à cet usage.

La première question qu'il traite est celle de la nécessité de ces hôpitaux, où le traitement des aliénés présente plus de chances de succès, puisqu'on y trouve réunis tous les moyens que l'on ne peut rencontrer dans les maisons particulières. De plus les médecins qui sont à leur tête ont une expérience que sont loin de posséder ceux qui ne sont pas habitués à traiter ces maladies dont les formes

(1) Ueber die Anlegung und Einrichtung von Irren-Heilanstalten mit ausführlicher Darstellung der Irren Heilanstalt zu Siegburg. 1 vol. in-8° de 472 pages avec quinze planches lithographiées. Berlin, 1834.

sont si variées. Il les préfère encore aux maisons de santé particulières où le prix de la pension est à la portée d'un trop petit nombre de personnes. En un mot, il se prononce pour l'isolement, à quelques exceptions près que déterminent la situation du malade et les circonstances dans lesquelles il se trouve.

Tout en admettant que les constructions doivent différer en raison du traitement auquel on veut soumettre les malades, il pense que l'on peut rapporter aux suivantes les indications générales à remplir dans une maison d'aliénés: sûreté des gens de service contre les malades et de ceux-ci contre eux-mêmes; moyens de coërcition pour contraindre les aliénés à se soumettre aux règles de la maison; séparation des genres de folie qui pourraient se nuire, et réunion de celles qui peuvent avoir les unes sur les autres une heureuse influence; enfin réunion de tous les moyens qui peuvent concourir au rétablissement de la santé. Il faut donc que la maison ait un caractère tout spécial. Il ne faut pas que l'on en fasse en même temps soit un hôpital ordinaire, soit un asile pour les incurables, soit une maison de détention. L'auteur ne veut admettre dans l'hôpital que des malades en traitement; il ne reçoit pas ou renvoie ceux qui ne sont pas susceptibles d'être guéris.

Quoiqu'il reconnaisse qu'il est souvent difficile d'établir un pronostic certain, il regarde généralement comme incurables les aliénations produites par des lésions traumatiques du cerveau, ainsi que par les altérations morbides du tissu des organes renfermés dans le crâne; l'idiotisme et la démence séparés ou réunis; l'idiotisme et la démence suites de l'apoplexie et coïncidant avec la paralysie; l'idiotisme, la manie et la démence survenant à la suite d'une encéphalite aiguë ou chronique.

L'hôpital doit contenir au plus 200 malades: un plus grand nombre rendrait le service plus difficile.

Sous le rapport de l'économie, l'auteur est d'avis de réunir les deux sexes dans le même établissement. Cependant, comme cette réunion exige plus d'emplacement, rend la surveillance plus difficile et complique le personnel dans lequel se forment mille intrigues, il préfère que l'on ait des établissemens séparés pour les deux sexes toutes les fois que la chose est possible.

Il désire que les aliénés soient placés sous un ciel pur, dans une contrée agréable, fertile, et assez sèche, qu'entourent des montagnes, des vallées, des prairies. des forêts, ainsi que de belles promenades. Ils doivent de préférence se trouver à quelque distance d'une petite ville ou d'un bourg.

Le docteur Jacobi examinant ensuite les diverses formes qui ont été données aux maisons d'aliénés, passe successivement en revue les hôpitaux de Rouen, de Wakefield, de Vanvres, etc., et étudie leur distribution. Ces descriptions sont accompagnées de planches où sont lithographiés les plans de ces hôpitaux.

Passant aux principes qui doivent présider à la construction, il veut que l'ensemble des bâtimens offre un caractère de simplicité, de solidité et d'agrément. Ils ne doivent ressembler ni à un château, ni à un couvent, ni à une fabrique; de plus, on doit éviter tout ce qui peut rappeler aux malades la triste position dans laquelle ils se trouvent.

Les malades des deux sexes sont placés d'après la nature de la maladie, son plus ou moins de curabilité, et leur plus ou moins de tranquillité. On doit en outre faire des divisions en raison de la position sociale. Il en admet trois: la classe supérieure, la classe moyenne et la classe inférieure.

Suivant que les divisions sont destinées à recevoir des malades plus ou moins affectés on les dispose pour que ceux-ci vivent séparément ou en société. Les dortoirs sont séparés des chambres où ils se tiennent pendant le jour. Cette disposition ne doit pas exister pour les malades qui sont méchans. Les infirmiers couchent dans la même chambre que les malades, toutes les fois que leur sûreté ne peut pas en être compromise. Devant les chambres règne un corridor assez large pour que les malades puissent aller et venir. Les aliénés turbulens doivent autant que possible être placés dans un lieu écarté, afin de ne pas troubler les autres par leurs cris et leurs vociférations.

Les différentes divisions doivent être séparées entre elles de manière à ce qu'il ne puisse s'y établir aucune communication. Un nombre suffisant de portes rend le service intérieur plus facile. Les chambres des infirmiers et infimières en chef sont au centre des divisions qu'ils doivent surveiller.

On doit placer au centre de l'établissement les dépendances qui sont d'un usage commun, telles que l'église, la salle de bains, la cuisine, la buanderie, etc. Il en est de même du surveillant et de l'interne. Quant aux logemens du directeur, de l'économe, aux écuries, remises, etc., ils doivent être placés excentriquement et à l'abri du bruit.

L'auteur examine ensuite d'après quels principes on doit classer les malades, et il établit cinq divisions qui, dans un hôpital de 200 malades, sont à peu près dans les proportions suivantes :

La première division comprend les maniaques dangereux surtout par leur envie de détruire, et sujets à des attaques soudaines.

La seconde est destinée à ceux qui, par leurs cris et leurs vociférations, troublent le repos des autres malades.

On place dans la troisième ceux qui sont arrivés au dernier degré d'idiotisme.

Il évalue à douze le nombre des malades de chacune de ces divisions.

On doit établir une quatrième division pour ceux qui, quoique très-malades, ne peuvent pas entrer dans les trois premières. Mêlés aux autres, ils les molesteraient par leurs gesticulations, leurs paroles, leurs déclamations ou de fausses habitudes. Il faut encore y joindre les mélancoliques et les hypocondriaques, qui, à cause de leur tendance au suicide, ont besoin d'une surveillance plus active. Le nombre des malades de cette division est évalué à 54.

Enfin la cinquième division, qui est la plus nombreuse, puisqu'elle contient environ 110 malades, comprend tous ceux qui sont tranquilles et susceptibles de se soumettre sans contrainte au réglement de la maison.

Examinant s'il est nécessaire d'établir une sixième

division pour les convalescens, le docteur Jacobi conclut à ce qu'on les laisse répartis parmi les autres malades. Les principales raisons qu'il en donne sont les suivantes : Il n'y a pas d'exemple que des rechutes soient survenues par suite du séjour des convalescens au milieu des autres aliénés, sur lesquels ils exercent, au contraire, une heureuse influence. C'est même avec une sorte de plaisir qu'ils leur donnent des consolations. De plus, ils sont trop peu nombreux pour que l'on en fasse un service particulier. On peut en outre les utiliser au service de la maison ou à des travaux en rapport avec leurs occupations habituelles.

Les considérations générales dont nous venons de présenter le résumé succinct servent pour ainsi dire d'introduction à l'ouvrage et occupent les quatre premiers chapitres.

Dans les quatre chapitres suivans, l'auteur expose avec détail ses idées sur la construction d'un hôpital. Une analyse en est tout-à-fait impossible. C'est un devis intéressant à consulter. Tout y est examiné avec la plus scrupuleuse exactitude : chambres des malades, chauffoirs, local pour les pensionnaires, préaux, jardins, appareils de gymnastique, buanderie, cuisine, bains, etc. ; rien n'est omis. Nous renvoyons à l'ouvrage pour pouvoir en juger.

Le chauffage, l'éclairage et les soins de propreté sont l'objet du neuvième chapitre.

Le dixième est consacré au détail des fournitures de lit, des vêtemens des malades, de la batterie de cuisine, des objets nécessaires au traitement médical et des divers appareils de chirurgie.

Dans le onzième et le douzième chapitres, il fait l'énumération des moyens mis en usage pour le traitement des malades. Il les divise en quatre classes.

Dans la première, il range les moyens à diriger les forces du corps et de l'esprit.

A la seconde appartiennent les moyens pharmaceutiques.

A la troisième se rapportent les appareils de coercition.

Dans la quatrième sont placés les alimens en tant qu'ils ont rapport avec le traitement médical.

Dans le treizième chapitre, l'auteur traite du régime alimentaire en général.

Le quatorzième chapitre termine la première partie de l'ouvrage. L'auteur, après y avoir examiné les règles qui doivent présider à l'admission des malades, règles qui doivent varier suivant le but de l'établissement, porte son attention sur le personnel. Il attache à l'établissement un médecin en chef, remplissant également les fonctions de directeur ; un médecin adjoint qui le seconde et le remplace en cas de maladie, et qui se charge spécialement des recherches anatomiques et chimiques, ainsi que de recueillir les observations. Un aumônier est chargé du service religieux et de la direction morale des malades. Un interne ou un aide-chirurgien fait la petite chirurgie. L'économe et le chef de la police sont sous les ordres du médecin en chef. Un infirmier et une infirmière en chef ont la surveillance des malades et ont sous leurs ordres un nombre d'infirmiers et d'infirmières proportionné aux besoins du service.

La seconde partie est la portion pratique de l'ouvrage. En suivant le plan tracé précédemment, l'auteur y donne une description détaillée de l'hôpital de Siegburg ; elle fourmille de chiffres et elle intéresse les médecins et les administrateurs chargés de diriger ces établissemens. Quoique toutes ses idées ne puissent être admises qu'en les modifiant suivant les circonstances, cependant on peut avec fruit les prendre, soit comme point de départ, soit comme terme de comparaison. Comme documens intéressans, nous mentionnerons surtout l'état des recettes et des dépenses, ainsi que les réglemens où les fonctions de chacun sont parfaitement définies.

L'ouvrage du docteur Jacobi mérite d'être lu par tous ceux qui s'occupent de l'administration ou de la direction des hôpitaux d'aliénés. C'est l'œuvre d'un bon observateur et d'un homme consciencieux et profondément versé dans les matières qu'il a traitées.

E. R.

N° DU 27.

THÉRAPEUTIQUE.

—

DE L'EMPLOI DES FUMIGATIONS PULMONAIRES faites avec une décoction de plantes narcotiques et de feuilles de belladone en particulier, dans les irritations bronchiques connues sous le nom d'asthme sec, de coqueluche, de toux nerveuse, etc. ; par M. MAGISTEL, D.-M.

L'usage des fumigations pulmonaires remonte à une époque fort éloignée : il en est fait mention dans les ouvrages d'Hippocrate, de Galien. Tombées dans l'oubli, elles furent plus tard recommandées en France, en Angleterre, en Allemagne ; de nos jours, MM. Double, Cottereau, Gannal, etc., en ont obtenu de succès divers dans la phthisie ; et M. Martin Solon a fait récemment, à l'hôpital Beaujon, des expériences qui ne laissent aucun doute sur leur utilité. Il m'a montré des ulcérations caverneuses des poumons, cicatrisées sous l'influence de l'inspiration d'une atmosphère chargée de kréosote, et de fumigations émollientes, chez une jeune phthisique morte d'une affection des voies digestives. C'est un résultat positif qui doit encourager l'emploi de ce mode de médication. Dans un article que ce médecin a inséré dans le n°. 12 de ce journal (1834), il parle de la possibilité de faire inspirer la vapeur provenant d'une décoction de plantes narcotiques, mais sans signaler aucun fait. A l'époque à laquelle il faisait des expériences sur les fumigations pulmonaires, je m'en occupais aussi ; et lorsque j'ai employé l'inspiration des vapeurs narcotiques dans les toux convulsi-

ves, la coqueluche, etc., j'y étais amené par l'idée bien naturelle que les moyens sédatifs employés contre ces maladies, doivent agir d'autant mieux qu'ils sont portés plus directement vers leur siége. On a fait fabriquer pour les fumigations pulmonaires un grand nombre d'appareils. J'ai dû chercher les plus simples et les moins couteux. M. Marcotte, pharmacien, m'en a fourni en grès, qui peuvent supporter la plus forte chaleur et ne coûtent que 2 francs; M. Reymond, pharmacien, en a fait fabriquer en fer-blanc, qui ont une lampe à leur base, et dont le sommet se termine par deux tubulures; l'une plonge dans le liquide et livre passage à l'air; l'autre est recourbée et porte à son extrémité libre une embouchure en ivoire. Ces appareils sont peu couteux, et me paraissent les meilleurs qui aient été employés jusqu'à ce jour. En indiquant la manière de s'en servir, je ne ferais que répéter ce qui a été dit dans la note de M. Martin Solon déjà citée.

Chez onze personnes atteintes des irritations bronchiques que l'on a nommées asthme sec, toux convulsive, toux nerveuse, j'ai eu recours à des fumigations pulmonaires faites avec la vapeur aqueuse chargée des principes de la belladone. Chez neuf j'ai obtenu un plein succès; les deux autres n'ont été que soulagées. Comme toutes ces observations sont analogues, je ne citerai que les plus intéressantes.

Obs. I. — M. Durel, menuisier, âgé de 50 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, a mené une vie assez régulière, mais a été souvent exposé à de brusques changemens de température. Depuis 1825, il était atteint d'un asthme sec, convulsif, qui se manifestait tous les deux ou trois jours, le plus ordinairement pendant la nuit, et l'avait contraint de renoncer au travail. Les accès duraient quelquefois cinq ou six heures. Il vint me consulter au mois de juin 1833. La percussion de la poitrine m'offrit une résonnance extraordinaire. Le côté droit donnait au cylindre un râle sibilant; le poumon gauche donnait un râle sonore sec. Cependant l'air pénétrait bien dans toute l'étendue des poumons. Les accès s'annoncent par une petite toux sèche, une difficulté extrême de respirer, un sentiment de compression du thorax. Bientôt la face devient pâle, le pouls petit et irrégulier; les yeux semblent sortir de leurs orbites; l'expiration est sifflante; les pieds sont froids; le corps se couvre de sueur. Des mouvemens convulsifs accompagnent l'orthopnée. J'étouffe, dit le malade; ouvrez les fenêtres. Cet état est le même pendant plusieurs heures. Enfin, l'anxiété devient moindre, les symptômes s'apaisent peu à peu, et la respiration devient libre. Parfois ce calme est précédé d'une toux saccadée qui amène quelques mucosités filantes.

En vain on avait employé les saignées, les révulsifs de la peau, les extraits d'opium, de jusquiame, de belladone. Le 9 août, le malade commença à faire des fumigations pulmonaires avec la vapeur d'une décoction de feuilles de belladone. Les premières rendirent la respiration un peu plus difficile; mais dès le troisième jour, elles la facilitaient.

Le 13, un accès d'asthme survint dans la nuit. Comme je l'avais recommandé, le malade fit promptement une fumigation. Néanmoins, la respiration ne devint libre qu'au bout de trois heures.

Le 18, nouvel accès; les fumigations sont continuées. Les accès venus dans le mois de septembre ont été de peu de durée. Dans le mois d'octobre, ils ne donnent plus lieu qu'à une légère oppression.

Depuis le mois de décembre 1833, époque à laquelle tout traitement a été cessé, il n'est survenu aucun accès d'asthme.

La maladie qui fait le sujet de cette observation, est évidemment ce que les anciens nommaient asthme sec; et on ne saurait la confondre avec les affections réunies sous le nom d'irritations bronchiques. L'asthme sec, en effet, offre deux caractères bien tranchés, la toux sèche et la suffocation revenant par accès violens. M. Rostan pense que cette maladie est due à une lésion du cœur et des gros vaisseaux. Georget l'attribuait à une irritation cérébrale réagissant sur les muscles inspirateurs. Laënnec en voyait la cause dans l'emphysème et l'irritabilité nerveuse des poumons. Cinq autopsies m'ont démontré qu'elle pouvait souvent être due à un développement anormal des ganglions bronchiques. Plusieurs des causes que je viens de citer peuvent se trouver réunies dans l'asthme sec.

Quoi qu'il en soit, les divers traitemens auxquels on a eu recours, semblent indiquer que l'on a eu constamment en vue l'irritation nerveuse; et les succès que l'on a obtenus des narcotiques, des stupéfians, militent en faveur de cette dernière opinion. L'inspiration de vapeurs aromatiques, émollientes, balsamiques, a été tour à tour essayée sans succès notable. Il me paraît démontré maintenant que les narcotiques portés par la vapeur aqueuse jusque dans les vésicules pulmonaires, constituent le plus puissant moyen que nous ayons à employer contre l'asthme sec. Sur cinq malades qui en étaient atteints et que j'ai traités par cette médication, quatre ont guéri, et le cinquième, vieillard âgé de 75 ans, avait éprouvé de l'amélioration dans son état, lorsqu'il a succombé à une lésion des voies digestives. Trois malades, c'étaient des femmes affectées de toux convulsive, ont également été guéries par l'emploi de ces fumigations. En voici une observation.

Obs. II. — Mademoiselle C...., rue du faubourg-Saint-Honoré, n° 45, âgée d'environ 36 ans, d'une constitution robuste, me fait appeler le 17 février 1834 pour lui donner des soins. Le système sanguin prédomine chez elle et les règles, quoique régulières, sont peu abondantes. Depuis trois ans, elle est atteinte d'une toux convulsive qui parfois l'empêche de dormir, et lui a déjà occasioné deux hémoptysies. Plusieurs fois le cerveau s'est tellement congestionné qu'une saignée du bras a dû être promptement pratiquée. Depuis deux mois, cette toux est presque continuelle. Lorsque les quintes en sont violentes, son visage devient rouge pourpre, ses yeux s'injectent et semblent sortir de leurs orbites, les pulsations du pouls peuvent à peine être comptées: tout son corps est agité convulsivement; l'air entre dans les poumons, mais l'expiration est sifflante. La malade est

quelquefois vingt minutes dans cet état. La poitrine résonne parfaitement; le côté droit donne surtout un bruit tel que l'on pourrait croire à un emphysème du poumon. Aucun râle ne se fait entendre.

Je lui prescris une boisson adoucissante et 2 grains d'extrait aqueux d'opium en quatre pilules pour la nuit.

Le 20 février, l'état de la malade n'a pas changé. Jusqu'au 10 mars, j'employai inutilement l'extrait de jusquiame, l'acide prussique médicinal, le musc, etc. Dès lors je ne voulus plus attendre pour porter une médication narcotique directement dans les organes affectés. La malade commença à inspirer la décoction de belladone. Au bout de quarante-huit heures, la toux était un peu calmée.

Le 20 mars, les accès convulsifs avaient cessé; il ne restait qu'une toux sèche. Les fumigations pulmonaires furent faites alors avec de l'eau bouillante, dans laquelle on avait dissous de l'extrait aqueux de belladone (20 grains pour une chopine d'eau). Depuis le mois d'avril, époque à laquelle les fumigations ont cessé, la toux a disparu, et mademoiselle Catherine s'est exposée plusieurs fois à de brusques changemens de température sans en être affectée. L'exploration de sa poitrine donne maintenant une respiration moins bruyante, mais la résonnance est toujours aussi forte.

La toux convulsive dont nous venons de lire une observation présente des symptômes analogues à ceux de l'asthme sec. J'ai cru cependant remarquer une différence; c'est que l'air pénètre dans les poumons de l'asthmatique même pendant la suffocation, tandis qu'il n'arrive qu'à peine dans ceux d'un malade affecté de toux convulsive. La durée des accès est infiniment moindre dans cette dernière affection. L'une et l'autre néanmoins me paraissent dues à une névrose soit idiopathique, soit symptomatique des affections organiques que j'ai énumérées en parlant de l'asthme.

La dose de feuilles de belladone que je prescris en décoction est la même pour les adultes et les vieillards. Je commence par deux gros dans une livre d'eau. Au bout de quatre ou cinq jours on en fait bouillir une demi-once dans une livre de liquide. Le premier et le second jours, je ne fais faire que trois fumigations de dix minutes chacune. Le nombre en est ensuite graduellement porté jusqu'à cinq ou six par jour, et la durée jusqu'à vingt minutes. Les premières augmentent quelquefois la gêne de la respiration, mais cet effet n'est que de courte durée. Si je signale les avantages, je dois aussi parler des inconvéniens qui en pourraient résulter. Elles ne conviendraient pas à un sujet menacé d'apoplexie, si on ne désemplissaient auparavant le système sanguin. Les malades que j'ai traités par les fumigations avaient été largement saignés. Les premières ramenaient chez eux le sommeil. Il est important que la tubulure de l'appareil destinée à l'inspiration ne soit pas trop courte, car dans ce cas la vapeur arriverait trop chaude dans les bronches, ce qu'il faut soigneusement éviter. Aux feuilles sèches de belladone j'ai substitué parfois son extrait aqueux que j'ai fait dissoudre à la dose de quinze ou vingt grains dans une chopine d'eau bouillante. J'ai employé de la même manière l'extrait aqueux d'opium. Dans plusieurs cas de pleuro-pneumonies aiguës où la toux était très-fatigante, ce dernier moyen a procuré un soulagement notable. Dans l'asthme et les toux convulsives j'ai essayé la vapeur sèche de l'opium, des extraits de belladone, de jusquiame. Sur une plaque de tôle très-chaude je plaçais ces extraits et les recouvrais d'un large entonnoir. Ces fumigations sèches ont irrité la toux et je les ai suspendues. Le résultat de l'emploi des vapeurs narcotiques dans les cas que j'ai cités plus haut, m'a conduit à y avoir recours contre la coqueluche. Je vais citer quelques observations où elles ont eu le plus grand succès.

Obs. III.—M. Félix D... toussait depuis un mois, lorsque je le vis à la fin de mars dernier. Cet enfant est d'un caractère irritable, d'une faible constitution. Il a eu plusieurs inflammations de la muqueuse pulmonaire. Depuis quelques jours, la toux est aiguë et sonore, revient par quintes. Alors son visage est rouge, ses yeux sont larmoyans. Les secousses de la toux sont rapides et l'enfant cherche à saisir les corps environnans. A la suite de ces quintes, il vomit des mucosités, ses alimens, parfois même un peu de sang. L'exploration de la poitrine ne me donne cependant aucun signe notable. Je prescris 10 grains d'ipécacuanha.

Le 2 avril, même état.

Du 3 au 7, je donne de la belladone en poudre (quatre prises par jour, d'un demi-grain chacune). Je ne vois qu'un léger changement dans la violence des accès, l'estomac du petit malade ne peut plus supporter la belladone.

Le 9 avril, il commence à inspirer la vapeur d'une décoction de feuilles de cette plante. Dès le second jour, nous remarquons une grande amélioration.

Le 12, la décoction de belladone est plus concentrée.

Le 20 avril, la toux avait complétement cessé.

Obs. IV.—Au mois de mai dernier, M. Limbert, demeurant rue d'Angoulême, me fait appeler pour voir son petit garçon, âgé de 5 ans. Cet enfant est d'une constitution lymphatique. Depuis un mois, il est atteint d'une coqueluche violente contre laquelle ont échoué des applications de sangsues, des vésicatoires, la poudre de belladone, etc. Comme dans le cas précédent, je prescris les fumigations belladonées. Les premières semblèrent gêner un peu la respiration; mais dès le troisième jour, les quintes ne furent plus ni aussi vives, ni aussi fréquentes. Ces fumigations furent continuées pendant quinze jours; au bout de ce temps, la coqueluche était entièrement dissipée.

Obs. V.—Mademoiselle Bauer, âgée de 7 ans, rue du Rocher, me fut amenée dans le mois de juin dernier. Depuis quinze jours, elle avait la coqueluche; une inflammation des voies digestives se joignait à cette bronchite nerveuse. Je ne voulus point insister sur la poudre de belladone, dont la petite malade avait déjà pris inutilement quelques doses. Je prescrivis des fumigations avec la vapeur belladonée et une application de sangsues à l'anus. Les premières enlevèrent l'irritation

bronchique; les symptômes inflammatoires de l'estomac et des intestins cédèrent également, et huit jours après ma première prescription, la petite malade était bien portante.

La coqueluche tient-elle uniquement, comme l'enseigne M. Guersent, à un état inflammatoire de la partie inférieure de la trachée et des bronches? Ne tient-elle pas plutôt à une irritation du système nerveux pulmonaire? à la vérité un assez grand nombre d'autopsies n'est pas encore venu confirmer l'opinion émise par MM. Breschet et Autenrieth sur les altérations nerveuses que l'on rencontre chez les enfans morts pendant la coqueluche; mais les observations que j'ai citées sont en faveur de cette opinion. La manière prompte et efficace avec laquelle les narcotiques introduits dans les voies pulmonaires, calment cette maladie, doivent évidemment nous la faire considérer comme une névrose.

J'ai éprouvé des difficultés pour faire inspirer la vapeur par des enfans. Il a fallu de la patience pour les y habituer. Je crois la chose à peu près impossible chez des enfans au-dessous de quatre ans. Plus âgés ils s'y soumettront toujours. La belladone donnée en poudre ne calme pas toujours la coqueluche; elle n'est pas toujours supportée par l'estomac. Il est même des cas où elle peut être nuisible, tandis que portée dans les voies aériennes la vapeur agit à la fois comme émollient et comme narcotique. C'est une médication qui ne peut jamais être nuisible dans la coqueluche et qu'il est bien facile d'essayer. Pour les enfans je ne fais bouillir d'abord qu'un gros de feuilles sèches de belladone dans une livre d'eau; j'en porte ensuite la dose graduellement jusqu'à trois gros. Je suis d'ailleurs le même mode que pour les adultes.

Les observations que j'ai recueillies me portent à conclure :

1° Que les substances portées dans les poumons par la vapeur de l'eau agissent directement sur ces organes;

2° Que la vapeur chargée de principes narcotiques portée sur la muqueuse pulmonaire, facilite l'exploration des mucosités bronchiques, et modifie sa sécrétion;

3° Que la vapeur narcotique stupéfiant les faisceaux nerveux dont l'irritation peut exister sans qu'il y ait un afflux notable de fluides, doit par son emploi prolongé dissiper la toux qui résulte de cette irritation nerveuse;

4° Que les narcotiques portés par la vapeur dans les bronches sont les meilleurs agens thérapeutiques que nous puissions employer contre l'asthme, la toux convulsive, la toux nerveuse, la coqueluche;

5° Que parmi ces médicamens la belladone employée comme je l'ai indiqué me paraît dans ces cas-là tenir le premier rang.

—

MÉDECINE LÉGALE.

—

DANS QUEL SENS, QUELLE ÉTENDUE PEUT-ON DONNER AUJOURD'HUI A L'APPLICATION A L'ARTICLE 345 DU CODE PÉNAL, EN CE QUI REGARDE LA SUPPRESSION DE PART? Par M. ÉDOUARD PETIT, D.-M. P. à Corbeil, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

« Art. 345. Les coupables d'enlèvement, de recèle ou de *suppression d'un enfant*, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui n'est pas accouchée, seront punis de la réclusion.

« La même peine qui aura lieu contre ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront pas aux personnes qui ont le droit de le réclamer. »

FAIT.

Une femme arrive d'un département dans un autre, s'adresse à un médecin qu'elle avait connu autrefois et en qui elle avait confiance, lui demande les moyens de cacher sa grossesse, se place chez une personne tierce, va ensuite faire ses couches chez une sage-femme; elle fait déclarer son enfant à la mairie sous des noms supposés. Dénoncée pour ce fait, les gens du roi, dans l'incertitude où ils sont placés du départ prochain de cette femme, sollicitent un mandat d'arrêt, et la font conduire à la prison lorsqu'elle était au sixième jour de sa couche.

Le tribunal, après plusieurs jours de détention, prononce qu'il n'y a pas lieu à suivre, se fondant sur l'art. 327 du Code civil, qui dit : « L'action criminelle contre un délit de suppression d'état ne pourra commencer qu'après jugement définitif sur la question d'état.

Il était donc évident que l'art. 345 ne pouvait s'appliquer à la suppression d'état, car le sens, selon nous, est positif; il n'y a dans ce cas ni enlèvement, ni recèlement, ni suppression car l'enlèvement ne pourrait regarder que la femme chargée de conduire l'enfant aux Enfans-Trouvés. La maison des enfans-Trouvés ne peut être considérée comme un lieu de recèlement, puisque c'est une maison publique. L'enfant n'est pas supprimé, puisqu'il est placé dans cette maison publique.

Ce jugement est donc fort équitable; mais il ne met pas à l'abri des poursuites du même genre toute femme qui pourra être dénoncée pour le même fait. Si ce jugement est une critique indirecte de la conduite légère et peu humaine du parquet, il est aussi un blâme de la dénonciation; mais il ne suffit pas pour faire cesser les prétentions de certains parquets de province à regarder et à poursuivre comme criminels des individus qui n'ont commis qu'un delit. Et cependant ce délit est de telle nature, que non-seulement il n'est pas poursuivi par les gens du roi de la capitale, qui, s'ils le voulaient, pourraient trouver l'occasion de le poursuivre plusieurs milliers de fois par année, et qu'on peut regarder l'article de la loi comme

abrogé par cette inertie constante du parquet de Paris ; mais encore que, dans cette capitale, il existe une institution dont les réglemens, approuvés par le gouvernement même, sont la violation permanente de cet article du Code.

Mais entrons un instant dans le fond de la question, et demandons s'il est utile à la société, à la famille, au père, à la mère, aux enfans, et enfin au bâtard lui-même, que cette suppression d'état soit poursuivie.

A la société, ces questions soulevées ne sont que le sujet de débats scandaleux; à la famille, que des sujets de dissensions cruelles et éternelles ; au père, qu'un cachet de ridicule ; à la mère, qu'une tache d'infamie; aux enfans, que sujet de honte de la conduite de leur mère, et qu'une diminution de leur fortune par la venue d'un enfant adultérin. A celui-ci enfin, y a-t-il compensation entre le pauvre produit d'une part d'héritage et l'espèce de réprobation dont il est l'objet pour sa famille ?

D'ailleurs n'est-il pas possible que l'on ait fait un secret de la grossesse au mari; et celui-ci n'a-t-il pas alors le droit de poursuivre sa femme comme adultère, de la faire condamner, et de faire refuser à l'enfant sa légitimité ? Il arrivera donc à la succession, s'il y en a une, comme un enfant adultérin.

Dans ce cas, la recherche d'une suppression d'état n'est donc utile ni à la société, ni à la famille, ni à la morale ; et au contraire, cette recherche ne peut-elle être la cause de crimes réels ? Les motifs qui poussent à ce délit, ne sont-ils pas, s'il est rigoureusement poursuivi, la cause d'infanticides ou de suicides ? Sans aucun doute, si la femme adultère, (et quelle femme peut répondre de ne jamais l'être !) ne peut cacher sa faute à sa famille ou à son mari, elle sera poussée à l'un ou à l'autre de ces crimes.

Pour parvenir efficacement à prévenir les tristes conséquences d'une faiblesse inhérente à la nature humaine, et que la rigueur des châtimens ne saurait arrêter, ne conviendrait-il pas mieux de le protéger en offrant, dans toutes les villes, aux femmes abusées, un asile sûr où elles pussent accoucher en secret et cacher leur honte, où leurs enfans fussent élevés, et d'où elles pussent rentrer dans le monde sans avoir occasion de rougir ? Il faudrait que le secret de ces maisons fût inviolable, sous les peines les plus grandes, contre les employés qui oseraient le trahir ; il faudrait que la femme pût y être reçue de nuit, masquée et sous un nom supposé, et qu'en entrant comme en sortant il ne lui fût fait aucune question. De pareilles maisons existent en Angleterre et ont produit le plus grand bien. (Fodéré, t. IV, p. 403 et 404.) .

Un médecin est appelé près d'une femme en couche : arrivé sur les lieux, il reconnaît cette femme dont le mari est infirme et malade depuis long-temps, et qui, voulant lui cacher la faute qu'elle a commise, a quitté son domicile sous un prétexte spécieux, et a pris un nom supposé. Il y a urgence à faire l'accouchement : le médecin le termine, et, comme il ne se trouve là ni père, ni aucune personne en état de faire la déclaration à l'état civil, le médecin, aux termes de l'art. 56 du Cod. civ., est obligé de s'acquitter lui-même de ce soin. Doit-il, dans ce cas, déclarer à la mairie les noms véritables de la mère, ou les noms sous lesquels elle l'a fait appeler ? Cette position nous paraît fort embarrassante. Le médecin sait, il est vrai, le nom de la mère ; mais, d'un autre côté, c'est comme médecin et non comme homme de la société qu'il a été appelé auprès d'elle. Il ne doit donc voir dans cette femme qu'une malade qui réclame ses soins ; il doit oublier dans cet instant qu'il la connaît sous d'autres rapports, et il n'a rien à objecter lorsque cette femme lui dit : Je suis, il est vrai, madame Pierre dans le monde, dans les cercles où je vous rencontre ; mais ici, dans ce domicile qui n'est pas le mien, je ne suis que madame Paul. Le hasard vous a conduit près de moi, et comme votre profession seule vous a mis à même de découvrir mon secret, vous ne pouvez le dévoiler ; vous ne devez connaître ici que la femme Paul, car c'est pour elle que vous êtes venu. Cependant le médecin sait que cette femme est mariée, que, s'il déclare les faux noms qu'elle a pris, il va priver un enfant de sa possession d'état, puisqu'il le déclare comme enfant naturel, tandis qu'aux yeux de la loi il a pour père le mari de sa mère. Que fera-t-il ? rien que de très-naturel, selon nous. C'est en exerçant son ministère qu'il a surpris le secret, il ne doit pas le divulguer. Pour lui cette femme est étrangère ; et seulement, au lieu de donner purement et simplement les noms qu'elle a pris, il doit faire ainsi sa déclaration : Enfant d'une personne qui nous a dit ou qu'on nous a dit se nommer Paul. (Trébuchet, *Jurisprudence médicale*, p. 282.)

Ainsi les vœux d'un médecin philantrope et éclairé deviennent des préceptes exposés par un avocat distingué.

Cependant quelques arrêts de cours d'assises de départemens, confirmés par la cour de cassation, semblent contradictoires à ces opinions. D'un autre côté, le gouvernement non-seulement laisse subsister, mais il soutient les maisons d'enfans-trouvés, qui ne sont pas créées dans le seul but de recueillir les fruits de la misère, mais bien encore ceux de la faiblesse et même du crime, pour en éviter de plus grands.

La loi ne punit pas la famille ou la femme qui met ses enfans aux Enfans-Trouvés ; et à l'hospice de la Maternité de Paris, une femme peut y venir accoucher, y donner un nom supposé, abandonner son enfant sous ce même nom. Elle peut même ne faire aucune déclaration, prendre seulement un numéro d'ordre, laissant aux employés de la maison le soin de nommer son enfant.

C'est donc contre la crainte de plus grands crimes, que l'abrogation de l'art. 345 est nécessaire. Car, quel homme honnête ne s'associe pas de grand cœur à toutes les mesures, à tous les efforts tentés par une ardente charité, pour aider les malheureux à ne pas se séparer de leurs enfans ? Qui donc n'est pas révolté à l'idée de l'abandon qu'un méprisable calcul, qu'une sécheresse d'ame peu commune, qu'un acte contre nature

suscite quelquefois à de misérables parens! Mais il ne s'agit pas de contraindre les hommes à pratiquer des vertus qu'ils n'ont pas, mais de soustraire le fruit de leurs erreurs ou de leurs crimes, de les soustraire eux-mêmes aux conséquences fâcheuses des premières fautes.

Abandonnons ces mauvais parens à leurs remords, à la flétrissure de l'opinion publique, mais ne les livrons pas à la vengeance des lois.

Nous persistons donc à croire qu'avec nos mœurs et dans l'état présent de la législation, l'art. 345 du Code pénal, en ce qui regarde la suppression d'état, doit être considéré comme abrogé; car alors la loi ne serait pas égale pour tous. La capitale serait dans un cas exceptionnel fort singulier; seule elle aurait des garanties contre de grands crimes auxquels demeureraient exposées les villes et les campagnes des départemens.

HOPITAUX.

—

REVUE DES CLINIQUES MÉDICALES DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, pendant les mois d'octobre et novembre.

Si nous jetons un coup d'œil rapide sur les maladies qui se sont présentées à notre examen pendant ces deux derniers mois, nous serons surpris de leur nombre, et nous aurons à déplorer leur effrayante mortalité. Parmi les affections aiguës, les pneumonies et les fièvres typhoïdes ont fait le plus de victimes: plusieurs des malades qui en étaient atteints avaient offert dès le début de leur affection une gravité dans les symptômes ne laissaient aucune apparence de salut. Il y a eu aussi deux suicides dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Le premier à mentionner est celui d'un sergent de ville en proie à une pleuro-pneumonie très-intense. Les signes caractéristiques de cette affection étaient trop tranchés pour mettre en doute son existence. Une matité perceptible dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, était l'un des indices de l'hépatisation pulmonaire. Mais tout à coup la poitrine rendit un son sonore dans les points où la veille il était obscur. Pour explication plausible de ce phénomène, on supposa qu'une certaine quantité d'air s'était épanchée dans la plèvre; les douleurs devinrent dès-lors intolérables, et, dans un moment de désespoir, le malade se précipita par la fenêtre; il tomba d'un quatrième étage sur le pavé, et resta sur la place. A part l'hépatisation grise du parenchyme pulmonaire, et l'épanchement d'air dans la plèvre, la nécropsie fit découvrir une foule de lésions que nous ne ferons qu'indiquer. Chaque tibia était fracturé à son tiers inférieur; l'astragale du côté droit était déplacé et offrait sur l'une de ses faces un grand nombre de petits fragmens; le sternum, deux côtes et deux vertèbres lombaires étaient également fracturés; les poumons et le foie offraient des déchirures de profondeur et d'étendue variables; une légère quantité de sang se trouvait épanchée dans la cavité abdominale.

Le second cas de suicide que nous allons faire connaître, n'est peut-être pas sans intérêt sous le rapport de la médecine légale. On a prétendu qu'un individu ne pouvait s'étrangler, s'il n'avait disposé l'appareil de sa mort de telle sorte qu'il lui serait impossible de s'arrêter au milieu de l'action. La mort tragique d'un haut personnage avait soulevé cette question qui fut résolue en différens sens. Les auteurs qui avaient nié la possibilité de la strangulation volontaire sans l'accessoire de moyens mécaniques préalablement disposés à ce but, prétendaient qu'au moment même de l'action les souffrances devaient paralyser les forces du patient, et s'opposer à l'accomplissement de son crime. Des exemples trop nombreux prouvent le peu de valeur de cette assertion. Une volonté ferme, immuable dans ses desseins, peut braver les plus vives douleurs et trouver en elle assez de force pour exécuter son projet de mort. Voici un fait à l'appui de cette assertion.

Obs. — Une jeune femme entre à l'Hôtel-Dieu dans la salle Saint-Lazare; après s'être alitée, on s'aperçoit qu'elle s'agite violemment sous ses couvertures; les servans accourent et trouvent la malade prête à s'asphyxier au moyen d'un mouchoir qu'elle avait noué et qu'elle serrait fortement à son col. Quoiqu'elle eût échoué et sans doute beaucoup souffert dans cette première tentative, elle trompa de nouveau la vigilance de ceux qui l'entouraient, et dans une seconde manœuvre du même genre, elle mit fin à ses jours. La nécropsie de cette femme montra toutes les lésions cadavériques qui suivent les asphyxies par pendaison.

Dans la même salle nous avons vu une malade qui avait cherché à abréger son existence en avalant de l'acide sulfurique. Mais, soit que cet agent chimique fût à un faible degré de concentration, soit qu'il n'ait été avalé qu'en minime quantité, soit enfin que les soins administrés avec empressement à cette femme eussent prévenu les effets incendiaires de cet acide, toujours est-il que des désordres inflammatoires peu graves furent la conséquence de son ingestion dans le tube digestif. La magnésie calcinée fut employée avec efficacité; c'est sans contredit un moyen excellent pour neutraliser l'action de ce caustique.

Un second cas d'empoisonnement volontaire est digne de l'intérêt de nos lecteurs, sous le double rapport de l'anatomie pathologique et de la médecine légale.

Obs. — Un malade est transporté le 16 décembre, à dix heures du soir, à l'Hôtel-Dieu. Il avait avalé de l'acide sulfurique pour mettre fin à ses jours. Au milieu de la nuit, il cesse de vivre. L'autopsie, pratiquée quelque temps après, découvre les désordres suivans. Partout où l'acide sulfurique s'est trouvé en contact avec la muqueuse, il a produit des altérations plus ou moins profondes. A l'estomac, la muqueuse est soulevée par des inégalités noirâtres et d'une consistance remarquable; ses bosselures sont formées par le sang épanché dans le tissu cellulaire sous-jacent et concrété par l'action de l'acide sulfurique. Cet aspect noirâtre et bosselé

de l'estomac se retrouve de même au grand épiploon. La portion du foie qui, à cause de son voisinage avec le ventricule, a subi les atteintes de cet acide, ressemble assez par sa consistance et sa couleur à une partie de ce même organe qui aurait subi un commencement de cuisson. La base du poumon droit qui se trouve le plus en rapport médiat avec l'estomac et les parois thoraciques qui avoisinent ce viscère sont infiltrées de sang à demi coagulé, et offrent dans toute l'étendue de l'ecchymose une dureté remarquable. Partout, en un mot, où l'acide a pu pénétrer, soit directement, soit par imbibition, il y a hémorrhagie et coagulation du sang épanché.

AFFECTIONS ÉRYSIPÉLATEUSES.

Un grand nombre d'érysipèles à la face, aux membres, et deux cas de zona, ont attiré notre attention.

Parmi ces affections érysipélateuses dont nous avons recueilli l'histoire, une seule, remarquable par ses symptômes et sa terminaison, mérite de nous arrêter un instant.

Obs. — Une femme placée dans la salle clinique Saint-Lazare est atteinte d'un érysipèle à la face. La dureté des tégumens, le peu de sensibilité de la peau, qui était comme parcheminée et sans intumescence; la petitesse du pouls, imperceptible aux artères radiales; le trouble des facultés intellectuelles; la prostration extrême des forces; en un mot, l'ensemble des symptômes qui accompagnaient cette affection était bien de nature à dicter le plus fâcheux pronostic. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque dans le but d'activer la circulation et d'agir sur les fonctions de l'encéphale; une saignée fut aussi dès le principe pratiquée à la malade, mais sans espoir de guérison. En portant son pronostic sur l'issue de cette maladie, M. Chomel témoigna des craintes sur l'existence simultanée d'altérations graves des principaux viscères, quoique rien dans les symptômes ne témoignât la lésion d'un organe important. Cet habile praticien nous fit observer que dans les maladies accompagnées de collapsus profond, s'il survient des complications d'altérations viscérales diverses, même les plus intenses, elles échappent souvent à notre investigation et passent inaperçues, sans être trahies dans leur marche par aucun phénomène sensible. La malade qui fait le sujet de ces réflexions a succombé. Voici les principaux désordres cadavériques trouvés à son autopsie : La pulpe cérébrale, d'une fermeté remarquable, était piquetée, injectée de sang. La pie-mère présentait un ramollissement notable; elle adhérait dans plusieurs points à la surface du cerveau, et l'on ne pouvait la détacher sans déchirer la pulpe cérébrale. La membrane muqueuse de l'estomac était légèrement épaissie et d'un rouge-brun, comme dans son inflammation chronique; les plaques de Peyer près de la valve iléo-cœcale étaient d'un piqueté ardoisé et offraient un peu de boursouflement.

AFFECTIONS VARIOLEUSES.

Plusieurs cas de variole se sont présentés à notre observation. Nous avons été à même de constater par des tableaux comparatifs les différences que cette maladie présentait, suivant qu'elle attaquait des individus vaccinés, ou qu'elle sévissait sur ceux placés en dehors de cette heureuse condition. D'après de nombreux relevés, nous pouvons affirmer que le danger de la variole est toujours en raison directe du nombre des pustules qui font éruption à la peau, et qu'elle présente d'autant plus de gravité que ses symptômes caractéristiques apparaissent long-temps après ses preludes. Deux varioleux qui n'ont eu du côté de la peau qu'une réaction fébrile peu intense, nullement en rapport avec les symptômes les plus formidables qui décelaient néanmoins l'affection dont ils étaient atteints, ont succombé dans une période peu avancée de la maladie.

Nous avions avancé dans une de nos revues cliniques, nous étayant d'ailleurs de l'opinion de plusieurs auteurs recommandables, que la variole offrait dans certains cas plusieurs points d'analogie avec l'affection typhoïde; ajoutons ici qu'elle présente néanmoins des caractères bien tranchés qui la différencient de cette dernière. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, l'éruption intestinale n'est pas toujours en rapport direct avec la gravité des désordres fonctionnels, tandis que dans la variole l'éruption cutanée peut donner une mesure certaine du trouble des fonctions de l'organisme. C'est une loi que les praticiens les moins observateurs ne méconnaîtront jamais.

L'influence que le virus vaccin exerce sur le développement, la marche et les terminaisons de la variole est trop salutaire et trop évidente pour qu'il soit permis de mettre en doute l'efficacité de son inoculation. Cependant on prétendrait à tort que la varioloïde, ou bien la variole modifiée par le virus vaccin est une affection essentiellement différente de la première. Des expériences téméraires, il faut le dire, où l'on a inoculé du pus provenant de la pustule varioloïde à des sujets sains, qui après cette inoculation ont été atteints de tous les symptômes caractéristiques de la variole la mieux confirmée, ne laissent aucune incertitude à cet égard.

Un malade placé dans la salle Sainte-Madelaine, était affecté de varioloïde, il offrit, au déclin de sa maladie, un abcès sur le dos du pied, à la naissance du gros orteil. Peut-être trouverait-on avec M. Chomel la cause de ce foyer purulent dans les phénomènes de résorption purulente. Plusieurs considérations importantes semblent du moins motiver cette assertion. Bornons-nous ici à noter la fréquence de ces abcès à la suite des éruptions varioleuses. Or, cet exemple de foyer purulent dont la formation coïncide avec le déclin d'une varioloïde donne plus de poids à l'opinion des auteurs qui ne considèrent pas cette affection comme essentiellement différente de la variole.

En recherchant l'étiologie de ces abcès secondaires à l'éruption varioleuse et en les subordonnant aux effets d'une métastase purulente, nous ne nous sommes pas engagés à donner une démonstration rigoureuse du mécanisme de leur formation. On pourrait s'adresser la

question de savoir pourquoi ces mêmes foyers métastatiques se forment si rarement dans le parenchyme des organes? Pourquoi cette prédilection à retourner à leur source, pour se déposer dans les mailles du tissu cellulaire au-dessous du derme? Combien de propositions intéressantes se rattachent à ce sujet, dont on ne saurait trop, il est vrai, exagérer les difficultés! Quoi qu'il en soit, l'expérience donne le précepte de vider par l'incision ces foyers situés superficiellement. Une pratique généralement suivie des anciens, et frappée de nos jours d'une injuste réprobation, consistait à administrer les évacuans au déclin des affections exanthématiques qu'accompagne ordinairement le développement de ces abcès secondaires. La crainte de susciter dans le tube digestif des accidens inflammatoires, par l'effet des purgatifs, avait proscrit l'usage de cette médication. Aujourd'hui que les esprits sont généralement fixés sur l'importance de cette considération, peut-être il serait utile, dans une foule de circonstances, d'abandonner ces préventions exagérées, et de retourner à cette méthode évacuante couronnée souvent des plus heureux résultats.

PARALYSIES.

Plusieurs observations d'hémiplégies survenues après des hémorrhagies cérébrales ont pendant ce trimestre fixé notre attention. Deux malades placées l'une au n° 10 et l'autre au n° 11 de la salle Saint-Lazare, méritent ici une mention particulière. Ces deux femmes, par suite d'apoplexie, avaient perdu les mouvemens de tout le côté gauche du corps. Sous l'influence d'abondantes évacuations sanguines, sans doute on avait favorisé l'absorption du caillot de sang épanché, et la paralysie se dissipait peu à peu; mais, phénomène bien digne d'intérêt, la motilité du bras était revenue avant que ces deux malades aient pu mouvoir leurs extrémités inférieures gauches paralysées. Dans les dix-neuf vingtièmes des cas d'hémiplégie, l'expérience a démontré que la jambe commençait à reprendre la liberté de ses mouvemens, lorsque le bras restait encore perclus.

Un autre fait de paralysie intéressant est encore placé sous les yeux des élèves de la clinique, au n° 29 de la salle Sainte-Madeleine. Il s'agit d'un malade chez lequel l'hémiplégie se déclara instantanément, sans qu'il eût éprouvé ni vertiges ni éblouissemens, ni perte de connaissance; en un mot, sans qu'aucun désordre intellectuel eût coïncidé avec l'apparition brusque de cette hémorrhagie cérébrale. Cette observation en particulier et plusieurs autres mentionnées par M. Chomel, dans ses leçons cliniques, combattent l'opinion des médecins qui prétendent qu'une apoplexie ne peut frapper un malade sans occasioner un trouble instantané de l'intelligence. L'histoire de ce malade a conduit le professeur à rechercher si l'hémorrhagie cérébrale n'était pas précédée d'une altération de la pulpe cérébrale. M. Chomel, dont les idées ne nous ont pas paru encore bien fixées sur ce point de pathogénie, a témoigné le désir de voir faire des expériences sur le cadavre des apoplectiques, qui tendraient à démontrer l'existence d'une rupture de vaisseau sanguin au lieu même de l'épanchement. Tout porte à croire qu'un ramollissement de la pulpe cérébrale, ou mieux, qu'un travail morbide antérieur se développe dans l'encéphale avant que l'hémorrhagie se déclare. Si dans les recherches d'anatomie pathologique, des observateurs attentifs ont trouvé la rupture des vaisseaux encéphaliques, c'est précisément dans les tuniques de ceux qui rampent à la surface du cerveau.

AFFECTIONS TYPHOÏDES.

Plusieurs des affections typhoïdes que nous avons vu traiter pendant ces deux derniers mois, se sont terminées par la mort. Nous avons assisté à l'ouverture des corps des malades placés aux n°s 19, 33 et 40 de la salle Sainte-Madeleine, tous les trois atteints de cette fièvre. A chaque autopsie nous avons rencontré l'altération des plaques de Peyer à différens degrés, suivant la période de la maladie à laquelle les individus succombaient. Nous ne relaterons ici que l'observation d'un jeune homme qui a offert, dès le début de son affection, des hémorrhagies intestinales très-abondantes. La mort avait frappé ce malade avant qu'il fût permis de supposer une lésion bien avancée des follicules intestinaux. A l'examen cadavérique de la muqueuse intestinale, on trouva l'altération diagnostiquée pendant la vie par M. Chomel, et décrite pour la première fois par M. le docteur Genest : c'était une infiltration sanguine de la membrane muqueuse dont l'épaisseur était doublée, offrant un aspect gélatiniforme d'un rouge noirâtre, sans ulcération appréciable. Cet exemple infirme l'assertion de ceux qui prétendent que les hémorrhagies intestinales dans les fièvres typhoïdes sont le résultat de la rupture de quelques vaisseaux d'un calibre assez considérable, et corrobore l'opinion de M. Chomel, qui les attribue à une exhalation sanguine survenant dans la condition anatomique de la muqueuse que nous venons de signaler.

ICTÈRE.

Aux n°s 13 et 40 de la salle Sainte-Madeleine, se trouvent en ce moment placés deux malades atteints d'ictère. Chez le premier, la teinte ictérique de la peau paraît liée à une altération organique du foie; cet individu éprouve en effet une douleur vive à la région hépatique, une augmentation de volume sensible au toucher dans l'organe sécréteur de la bile, enfin un commencement d'épanchement de sérosité dans le péritoine. Le second malade n'offre au contraire aucun symptôme de phlogose du côté de la glande hépatique, et cependant la teinte ictérique de la peau et des sclérotiques est très-prononcée. A quoi rattacher ce symptôme, s'il ne se lie à aucune altération matérielle du foie? Il est vrai de dire que l'ictère, chez ce malade, s'est manifesté à la suite d'une vive émotion, et immédiatement après un écart de régime qui suscita quelques troubles gastriques. Lorsque la doctrine physiologique avait im-

posé son joug à la médecine, et que la gastro-entérite était considérée comme la maladie unique, dont l'espèce humaine pût être attaquée, pour explication plausible du phénomène qui nous occupe, on prétendait que, par suite d'une duodénite, le boursoufflement de la muqueuse de l'intestin produisait l'occlusion du canal cholédoque, et s'opposait ainsi au libre écoulement de la bile dans le duodénum. Cette supposition, comme l'a fait observer M. Chomel, était purement gratuite. Jamais l'anatomie pathologique n'a démontré dans l'intestin l'oblitération de ce conduit par le seul effet du boursoufflement de la muqueuse. Les analogies d'ailleurs détruisent l'opinion que nous cherchons à réfuter. En effet, dans le cours d'une salivation mercurielle avec gonflement considérable de la muqueuse buccale, ou même dans la stomatite couenneuse, l'oblitération du conduit de Stenon et l'engorgement de la glande parotide, sont-ils la conséquence nécessaire de cette obstruction? non sans doute. Il est donc plus rationnel de prétendre que, dans ces cas, l'irritation peut, il est vrai, commencer par le duodénum et se propager, par sympathie, jusqu'à l'organe sécréteur de la bile, dont elle pervertit les fonctions; mais dans d'autres circonstances aussi, une impression morale produira le même effet, et un ictère se développera sous l'influence d'une modification inappréciable survenue dans l'organe hépatique, sans qu'il soit nécessaire de supposer une altération matérielle de cet organe lorsque ses attributs pyhsiologiques seront troublés. Ajoutons cependant que, chez les vieillards, la teinte ictérique de la peau se rattache presque toujours à une altération palpable du parenchyme hépatique. Cette loi souffre encore quelques exceptions. De même chez la femme en couche, si l'ictère survient, on a lieu de craindre la formation d'un abcès dans le foie.

TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP.—FAIT CURIEUX DE CYANOSE.

La clinique de M. Chomel est sans contredit celle qui fournit le plus de matériaux à nos revues; toutefois, nous prenons dans d'autres services des observations qui ne seront pas sans intérêt pour nos lecteurs. Dans les salles de médecine de MM. Récamier et Trousseau, nous trouvons des faits d'autant plus dignes de notre examen, qu'ils servent souvent de texte à des leçons cliniques remarquables sous plus d'un rapport. Dernièrement une opération de trachéotomie pratiquée dans l'extrême période du croup sur un jeune enfant, a fixé notre attention. Déjà l'inflammation diphtérique semblait s'être propagée aux ramifications bronchiques; la suffocation était imminente; le petit malade avait rendu des fausses membranes tubulées, et il ne restait d'autre chance de salut que dans l'opération. Elle fut faite par M. Trousseau, en présence de tous les élèves, et couronnée, d'un plein succès. Cette méthode doit donc pour toujours prendre droit de domicile dans la science.

Nous avons observé dans le même service, à la salle Saint-Paul, une cyanose produite par la communication des deux ventricules du cœur. La jeune fille qui en était affectée avait conservé depuis son enfance une teinte bleuâtre de la peau avec chaleur normale, et sans trouble notable des fonctions. A l'époque de la puberté, elle fut prise d'anasarque et d'oppression extrême. Ses forces allèrent alors en déclinant, et elle succomba sans que l'auscultation et la percussion eussent offert quelque particularité. La nécropsie fit découvrir une large communication entre les deux ventricules du cœur. Le trou de Botal était oblitéré. L'aorte avait considérablement diminué de largeur, tandis que le calibre de l'artère pulmonaire présentait une notable augmentation; les poumons étaient gorgés d'un sang noirâtre. L'induction physiologique qui semble découler naturellement de ce fait, c'est que l'hématose n'est pas la seule cause productrice de la chaleur animale. Nul doute en effet que le sang de cette jeune fille n'était pas suffisamment oxigéné, et cependant elle conserva jusqu'au dernier moment de son existence la chaleur normale de la peau qui contrastait du reste avec une teinte bleuâtre très-prononcée.

PLEURO-PNEUMONIES.

La saison rigoureuse dans laquelle nous sommes entrés a amené le développement d'un grand nombre d'inflammations de poitrine. Plusieurs d'entre elles se sont promptement terminées par la mort; à peu près toutes se sont montrées avec leurs symptômes les plus caractéristiques. Pour les combattre, les émissions sanguines ont généralement été employées avec plus de succès que les préparations antimoniales. Dans l'état actuel de la science, il est impossible d'apprécier les circonstances qui peuvent motiver la préférence pour une de ces médications. L'expérience a prouvé néanmoins que sous certaines constitutions médicales, l'émétique, l'antimoine diaphorétique, le kermès minéral, etc., ont généralement mieux réussi dans les pneumonies que les émissions sanguines. Nous avons été nous-même autrefois témoin des succès de ces agens thérapeutiques dans les mains de ceux qui se voient aujourd'hui forcés de renoncer à leur emploi. Soit qu'ils agissent comme purgatifs, soit qu'ils jouissent de la propriété contre-stimulante, soit enfin qu'ils aient une action spéciale sur certaines inflammations, toujours est-il qu'on ne saurait leur contester une influence salutaire dans le traitement de plusieurs pleuro-pneumonies. Le difficile est de saisir les indications. Toutefois nous avouerons que les antimoniaux ne nous ont pas paru, comme l'ont avancé quelques auteurs, avoir une action prononcée sur la circulation. Si après leur administration les pulsations du pouls se sont ralenties, on pouvait à juste titre rapporter cet amendement à une amélioration notable survenue dans l'inflammation parenchymateuse du poumon.

Au n° 3 de la salle Sainte-Martine, nous avons observé une pleuro-pneumonie à droite, qui s'est terminée par une hépatisation grise de tout le poumon. La nécropsie révéla aussi les traces d'une inflammation de la plèvre diaphragmatique de ce côté.

Le malade pendant le cours de cette maladie, avait offert une suffusion ictérique de la peau et des sclérotiques. Ce phénomène a été signalé comme très-fréquent dans la phlogose du poumon droit et de sa plèvre diaphragmatique. Du reste nous avons bien souvent vérifié toute l'exactitude de cette proposition, et nous nous sommes convaincus qu'il n'y avait dans ce cas, aucune altération sensible de l'organe hépatique. Ce même malade avait dès le début de son affection témoigné une crainte exagérée de la mort. Rien cependant dans les symptômes de la maladie ne pouvait alors motiver cette frayeur. La même terreur avait frappé deux malades atteints comme lui de pneumonies et qui succombèrent presque en même temps.

Au n° 20 de la salle Sainte-Madeleine se trouvait placé un vieillard atteint de pleuro-pneumonie très-intense. Malgré son âge avancé, il a lutté avec bonheur contre cette inflammation. Depuis plusieurs jours il est entré en convalescence, mais son pouls conserve encore une dureté remarquable, ce qui ferait supposer que tout travail morbide n'est pas encore complétement dissipé. La force des battemens du pouls chez le vieillard n'est pas un indice certain de phlogose. M. Chomel a fait remarquer que le cœur charnu des individus avancés en âge, communiquait à la colonne du sang une forte impulsion qui pouvait simuler quelquefois un état fébrile.

Passons à l'histoire d'une pleuro-pneumonie qui à présenté dans sa marche des phénomènes trop curieux, pour ne pas être rapportée avec détails.

PLEURO-PNEUMONIE A GAUCHE. — HÉPATISATION GRISE DES POUMONS MÉCONNUE A L'AUSCULTATION.

Obs. — Le nommé Leroy, âgé de 20 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte, est admis dans une des salles de médecine de l'Hôtel-Dieu pour y recevoir des soins. L'invasion de sa maladie remonte à deux jours seulement. Quelque temps auparavant, il avait éprouvé des douleurs rhumatismales dans diverses articulations. Examiné le jour même de son entrée, il offrait les symptômes suivans : Face animée; yeux injectés ; agitation extrême ; respiration difficile. Le malade accuse une douleur très-vive à la partie inférieure du côté gauche de la poitrine ; la moindre pression sur les parois du thorax est des plus douloureuses ; langue rosée ; soif ardente, inappétence complète ; céphalalgie légère ; crachats visqueux et transparens, assez analogues à une dissolution de gomme adragante dans l'eau ; constipation opiniâtre ; la région précordiale est le siége de souffrances intolérables ; les mouvemene du cœur sont tumultueux ; l'auscultation et la percussion ne donnent aucun signe particulier. (Prescription : Saignée, 12 onces ; 20 sangsues à la région du cœur ; violet. miel. ; lavement émollient ; solution de gomme.)

Le lendemain, délire bruyant ; les mouvemens du malade sont condamnés par la camisole de force ; agitation extrême ; persistance des douleurs thoraciques ; expectoration de crachats couleur de sucre d'orge ; toux fréquente ; pouls tendu et fréquent. (Saignée, 12 onces ; 20 sangsues *loco dolenti ;* sinapismes aux genoux.)

Le surlendemain, délire, tritesse ; tendance manifeste vers l'assoupissement, pouls précipité ; soubresauts des tendons ; respiration haletante ; on n'ausculte ni on ne percute le malade. (Pr. : Vésicatoire aux jambes ; 12 sangsues aux apophyses mastoïdes.)

Le troisième jour, coma profond ; sueur froide : pouls misérable, mort.

Nécropsie. Hépatisation grise complète de tout le poumon gauche ; adhérence ancienne de la dure-mère à la voûe du crâne. Rien de particulier au cœur, au péricarde, ni aux autres viscères.

Cette observation nous a paru remarquable en ce qu'une hépatisation grise de tout le poumon gauche a été complétement méconnue pendant la vie. L'auscultation et la percussion devaient cependant donner des signes non équivoques de son existence. Les deux premiers jours, ces modes d'exploration furent mis en usage, mais ne fournirent rien qui éveillât le soupçon d'une inflammation du parenchyme du poumon. Peut-être le travail morbide avait-il commencé au centre même de l'organe pulmonaire, et alors l'auscultation et la percussion pouvaient ne pas décéler sa présence ; mais lorsqu'il eût envahi toute l'écorce du poumon, l'examen même le plus superficiel ne pouvait laisser aucun doute sur le diagnostic. L'absence des crachats caractéristiques de la pneumonie n'a pas peu contribué sans doute à faire méconnaître cette affection. Tous les praticiens savent qu'un des signes positifs de l'inflammation du poumon est l'expectoration de mucosités bronchiques intimement mélangées avec le sang ; de même que la dysentérie est caractérisée par un mélange intime de ce fluide avec le mucus intestinal. Mais il n'est pas très-rare d'observer des pneumonies sans expectoration caractéristique, et les auteurs en rapportent des exemples nombreux. Toutefois, la principale cause d'erreur dans cette maladie réside dans l'apparition brusque de ces symptômes, coïncidant avec la cessation instantanée de douleurs rhumatismales fixées aux articulations. Le malade accusait précisément les plus vives souffrances à la région précordiale. Quoique l'auscultation et la percussion ne fissent entendre aucun bruit anormal dans cette partie, quoique le pouls, fort et précipité, ne donnât aucune intermittence dans ses pulsations on pouvait avec quelque raison rapporter l'intensité des symptômes au développement d'une péricardite rhumatismale. Le délire, si souvent coïncidant avec cette affection, et si peu fréquent les premiers jours de l'invasion de la pneumonie, ajoutait quelque poids de plus à cette prévision. Des sinapismes furent appliqués sur les articulations où avaient siégé les douleurs rhumatismales, pour les y rappeler ; mais ce fut inutilement : la pleuro-pneumonie marcha avec une rapidité extrême vers le terme fatal. La constitution forte du sujet ne déploya pas une résistance vitale en harmonie avec sa belle conformation. Il succomba le cinquième

jour de sa maladie, et la nécropsie témoigna des désordres effrayans qu'une inflammation peut engendrer aux poumons dans un espace de temps aussi court. Ajoutons, pour acquit de la conscience du médecin qui a soigné et méconnu cette affection, que sa thérapeutique fut des plus rationnelles. Comme le délire pourtant était sympathique de la pneumonie, l'application des sangsues aux apophyses mastoïdes n'était que d'un médiocre secours.

DYSENTÉRIE. — TRAITEMENT PAR LES OPIACÉS. — GUÉRISON.

Obs. — Privat, âgé de 27 ans, habitant Paris depuis dix jours seulement, fut pris, 48 heures après son arrivée dans cette capitale, de douleurs abdominales très-vives. Il perdit l'appétit, se sentit de la fièvre, mais ne fit rien pour calmer ses souffrances. Bientôt une diarrhée abondante se déclara, et le malade s'aperçut alors qu'il rendait du sang mélangé à ses excrémens. Ses forces s'affaiblissant chaque jour, le malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, où il occupe le n° 18 de la salle Sainte-Madeleine. Examiné à la visite, il présente les symptômes suivans : Selles continuelles, constituées par un liquide rougeâtre provenant d'un mélange exact du mucus intestinal et du sang; cuisson ardente à la région anale; légère réaction fébrile à la peau; inappétence; soif médiocre; langue rosée et rougeur de la face. (Presc. : Saignée de 8 onces.)

Le lendemain de son admission, les mêmes symptômes persistent sans chaleur fébrile à la peau. (Presc. : Potion de 2 gouttes d'extrait thébaïque.)

Sous l'influence des opiacés, dont on continue l'usage pendant quelques jours, la dysentérie cesse complétement; on administre alternativement au malade l'extrait gommeux d'opium en pilules, et le laudanum liquide de Rousseau à la dose de 12 à 15 gouttes. On passe graduellement d'une alimentation d'abord légère à un régime plus substantiel; les forces reviennent promptement, et le malade sort radicalement guéri après quelques jours de traitement.

Cette observation tend à prouver que, dans les dysentéries qui ne sont pas accompagnées d'un mouvement fébrile intense, les opiacés réussissent bien mieux que les évacuations sanguines. C'est un fait d'expérience que M. Chomel a vérifié plusieurs fois. Mais si le flux sanguin existait avec coïncidence d'une fièvre vive et de douleurs abdominales fortes, les émissions sanguines deviendraient alors d'une utilité urgente. Il n'est pas rare cependant de voir dans ce cas la dysentérie persister malgré cette médication anti-phlogistique. Il convient de recourir alors aux opiacés, et presque toujours on a lieu de s'applaudir de leur emploi.

Nous avons eu l'occasion de recueillir l'histoire d'une dysentérie sans fièvre qui résista à l'usage des préparations d'opium; toutes les autres ressources thérapeutiques avaient échoué, il est vrai, contre cette affection; les purgatifs même avaient été employés sans succès; leur efficacité est pourtant incontestable dans quelques maladies de ce genre. Mais combien leur administration nécessite de réserve! Employés sans discernement, ils peuvent déterminer les accidens les plus graves, tandis que dans des cas spéciaux ils produisent les plus heureux effets. Ces mêmes raisonnemens sont applicables à l'usage des vomitifs. Des exemples nombreux prouvent qu'ils deviennent, dans des mains habiles à les manier, des moyens puissans pour lutter contre les hémorrhagies intestinales. Dans l'état saburral des premières voies, où l'enduit épais et jaunâtre de la langue, l'amertume de la bouche, la teinte jaunâtre de la commissure des lèvres, l'inappétence et l'insensibilité de la région épigastrique dénotent l'existence d'un principe bilieux qui, comme le disait Stoll, surabonde dans l'économie, malgré l'existence d'un flux sanguin intestinal, les évacuans doivent être employés en première ligne; mais, je le répète, s'il existe des symptômes de phlogose patente, les saignées générales, les applications de sangsues à l'anus, les fomentations émollientes, seront d'un extrême secours dans les hémorrhagies intestinales.

AFFECTION CHOLÉRIFORME. — MORT.

Obs.—Au n° 25 de la salle Sainte-Madeleine se trouve placé un malade, cocher de fiacre de sa profession. Il rapporte à quatre jours l'invasion de sa maladie. Après les fatigues de la journée, il se sentit gravement indisposé et s'alita. Les principaux symptômes qu'il éprouvait alors étaient un abattement extrême des forces, des frissons vagues, une céphalalgie légère, des douleurs abdominales très-vives, une diarrhée des plus abondantes et quelques vomissemens. Il ne fit rien pour remédier à ces premiers accidens, et le lendemain il entra à l'Hôtel-Dieu. Examiné à la visite, nous trouvons le malade dans l'état suivant : Physionomie exprimant la douleur; teinte violacée de la peau; celle des mains surtout est couverte de rides et comme parcheminée; elle conserve l'impression des doigts qui la pincent; douleurs abdominales très-vives, principalement à la région hépatique; selles diarrhéiques fréquentes, d'une odeur fétide et d'un aspect jaunâtre. On ne perçoit à la pression aucune sensation de gargouillement dans la cavité abdominale; nausées sans vomissemens; urines rares; pouls déprimé, misérable; chaleur de la peau au-dessous de l'état normal; ongles violacés; respiration suspirieuse; abattement extrême des forces. La veille, quoique la réaction fébrile du côté de la peau fût peu intense, le chirurgien de garde avait prescrit l'application de 25 sangsues sur l'abdomen; M. Chomel fait mettre un large vésicatoire qui recouvre toute l'étendue des parois abdominales.

Le lendemain, accroissement dans les symptômes; teinte bleuâtre de la peau; sueurs froides; pouls imperceptible; agonie; mort.

Nécropsie. L'estomac présente un aspect mamelonné avec rougeur pointillée au sommet des bourgeons. La muqueuse intestinale est dans l'état normal. Rien de particulier dans les follicules isolés de l'intestin grêle. Un liquide purulent assez abondant est épanché dans l'excavation pelvienne. La surface extérieure des intestins est recou-

verte de concrétions puriformes à demi organisées. Le péritoine est ramolli et sans rougeur; on peut dépouiller l'intestin de cette séreuse avec la plus grande facilité. Le conduit intestinal a considérablement diminué de longueur; les valvules conniventes présentent un développement remarquable.

Voilà un exemple de péritonite qui a marché avec une rapidité effrayante, et s'est terminée en quelques heures par la mort. L'abattement subit et extrême des forces du malade, la petitesse du pouls, la teinte violacée des ongles, les rides de la peau, qui ne conserve pas sa chaleur normale, la rareté des urines, les douleurs abdominales, la fréquence des selles, etc., caractérisaient une affection cholérique formidable. Rien dans l'ensemble des symptômes n'indiquait le rôle actif que la phlogose du péritoine jouait dans la production de cette scène morbide. Cependant, si l'abdomen avait été percuté avec un soin minutieux, peut-être aurait-on constaté la présence d'un liquide épanché dans la cavité de la séreuse, et l'on aurait acquis la conviction qu'elle n'était pas exempte de toute altération. N'oublions pas néanmoins que la muqueuse de l'estomac a présenté les désordres les plus palpables. Elle était mamelonnée, suivant l'expression des anatomo-pathologistes, et offrait un pointillé rougeâtre à l'extrémité de ses bourgeons. Des flocons albumineux nageaient au milieu du liquide jaunâtre épanché dans la cavité pelvienne; et quoique le travail morbide qui avait présidé à leur formation fût encore récent, quelques-uns présentaient un commencement d'organisation manifeste.

Si dans cette observation les altérations organiques ont été en rapport avec les désordres fonctionnels observés pendant la maladie, il n'en est pas toujours ainsi. Une affection locale peu grave en elle-même trouve quelquefois un retentissement dans l'organisme qui menace d'éteindre la vie, tandis que les altérations les plus profondes ne susciteront bien souvent qu'un léger trouble de fonctions. Cette vérité frappante est pourtant méconnue par les médecins localisateurs, dont la thérapeutique par cette raison est souvent vicieuse. Nul doute que, dans l'examen des maladies, l'affection locale doive mériter une attention sérieuse; mais ce qu'il importe surtout de bien apprécier, c'est la manière dont l'organisme répondra à l'excitation qu'il aura reçue d'elle. Cette proposition est susceptible de développemens que nous aborderons en temps opportun.

PÉRITONITE INTENSE. — EMPLOI DES ÉMISSIONS SANGUINES ET DES FRICTIONS MERCURIELLES. — MORT. — PERFORATION DE LA VALVULE ILÉO-COECALE.

Obs. — Au n° 38 de la salle Sainte-Madeleine était couché un jeune homme âgé de 19 ans et doué d'une constitution forte. Il y a quelques jours, il fut pris de douleurs abdominales très-intenses, qui le forcèrent à réclamer des soins à l'Hôtel-Dieu. Examiné le lendemain de son admission, voici les symptômes qu'il offrait : Face grippée exprimant la douleur; nausées fatigantes; vomissemens abondans; tension abdominale très-forte; douleurs vives dans le ventre; pouls fréquent, peu développé; réponses justes, mais lentes; abattement extrême des forces et anxiété continuelle; le malade a eu de légers frissons dans la journée. (On prescrit des émissions sanguines.)

Le lendemain, la peau est froide, le pouls imperceptible; le malade reste continuellement couché sur le côté droit. Si on percute le ventre, il rend un son mat, surtout dans la fosse iliaque droite, où la veille on pouvait percevoir la sonoréité; douleurs abdominales très-vives; traits de la face profondément altérés. (Prescr.: 1 once d'onguent mercuriel en frictions (*bis*); vésicatoires à la partie interne des cuisses; de trois en trois heures, 4 grains de calomel; pendant quelque temps, applications de la glace sur le ventre.)

Nonobstant l'activité de cette thérapeutique, les symptômes s'aggravent et le malade meurt.

Nécropsie. A l'ouverture du ventre, on aperçoit une quantité considérable d'un liquide blanchâtre épanché dans la cavité abdominale, et des fausses membranes faciles à détacher recouvrent les anses intestinales du foie. La muqueuse de l'estomac n'offre rien de remarquable. Quelques portions de l'intestin grêle présentent plus de rougeur que dans l'état normal. La valvule iléo-cœcale, d'une couleur grisâtre, est le siége d'une perforation à sa base, résultant de la chute d'une escarre; en insufflant de l'air dans cet appendice, il s'échappe avec bruit par cette perforation. Plusieurs points de la surface externe de la valvule son frappés de mortification; elle renferme dans sa cavité une concrétion puriforme formée par des matières stercorales et du mucus desséché. Les plaques de Peyer ne présentent aucune altération manifeste. Le conduit intestinal a sensiblement diminué de longueur; le parenchyme du foie est rouge et ramolli.

Plusieurs remarques importantes découlent de cette observation. Notez que la péritonite diagnostiquée, il est vrai, pendant la vie, offrait néanmoins quelque chose d'insolite dans ses symptômes, et laissait des doutes sur la coïncidence d'une autre altération. Le frisson ne s'était pas montré lors de l'invasion de la maladie, mais seulement à une époque où elle inspirait des craintes par la gravité de ses symptômes. Le malade restait constamment couché sur le côté droit, quoique ce décubitus soit tout-à-fait étranger aux phénomènes de l'inflammation du péritoine. La rareté des selles, la fréquence des vomissemens et la brusque apparition des symptômes, pouvaient faire naître à l'esprit l'idée de l'existence d'une occlusion des intestins. Mais l'absence du ballonnement du ventre au-dessus du lieu supposé de l'obstacle, rendait cette supposition bien conjecturale. Ce fut dans la crainte que quelque chose de semblable ne fût en partie cause de ces accidens morbides, que M. Chomel prescrivit la glace sur l'abdomen. Cette pratique, dans le cas de certaines occlusions intestinales, a été suivie du plus heureux succès. Toutefois, la matité du ventre et la percussion décélaient la présence d'un fluide épanché dans cette cavité, et dès-lors on ne pouvait douter de la péritonite. L'état

général de ce sujet contr'indiquait les évacuations sanguines. On eut recours à des frictions mercurielles; des vésicatoires furent placés aux cuisses, mais le tout sans résultat. La mort était trop imminente pour pouvoir la prévenir. Le malade succomba, et la nécropsie dévoila les désordres matériels d'une péritonite, dont la cause se trouvait probablement liée à la perforation de la valvule iléo-cœcale. Quels symptômes pendant la vie pouvaient faire soupçonner l'existence d'une semblable altération? Plus nous avançons dans l'étude de la médecine, et plus nous sommes effrayés des difficultés qui accompagnent la science du diagnostic.

A. Boyer, D.-M.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA PRATIQUE DE M. LISFRANC; par M. Pauly, interne à la Pitié.

A part le service des hôpitaux, ouverts à tout le monde, et qui offrent aux journaux de médecine une abondante moisson pour leurs revues, il est une autre source d'instruction moins explorée, parce qu'elle n'est accessible qu'à peu de personnes : je veux parler de la pratique particulière des grands maîtres de l'art, où se rencontrent souvent des cas plus remarquables que dans les cliniques. On le conçoit facilement, si l'on songe que les affections les plus graves se donnent rendez-vous, pour ainsi dire, de toutes les parties de la France, aux consultations particulières de M. Dupuytren, de M. Lisfranc, tandis que l'Hôtel-Dieu et la Pitié ne sont guère alimentés que par la population parisienne. Peut-être trouverez-vous donc un grand intérêt aux observations que j'extrairai, pour la Gazette médicale, de la pratique particulière de M. Lisfranc. Des deux faits qui suivent, l'un est, à ma connaissance, la première application faite en France d'un procédé peu connu de M. Dieffenbach, que tous nos auteurs de médecine opératoire ont passé sous silence, à l'exception de M. Malgaigne; le second a été recueilli à la Pitié, et il n'est pas moins remarquable en ce que c'est le premier cas de ce genre qu'aient rencontré M. Lisfranc et M. Dieffenbach, et que je n'ai pu en trouver d'analogues dans les auteurs.

RENVERSEMENT DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE DU CÔTÉ DROIT, opéré par M. Lisfranc, d'après le procédé de M. Dieffenbach.

Obs. I. — Mlle Mil..., âgée de 19 ans, était affectée d'un renversement de la paupière inférieure du côté droit, causé par une brûlure qu'elle avait éprouvée à l'âge de 17 ans.

A l'union du tiers interne avec le tiers moyen de son bord libre, en dehors du point lacrymal, la paupière, dans l'étendue de quatre lignes environ, offrait un renversement en forme de gouttière, qui se terminait inférieurement par un angle à trois lignes au-dessous du rebord de la paupière dans l'état normal. De cet angle partait une bride formée par une cicatrice, et venant se fixer perpendiculairement au-dessous du rebord orbitaire correspondant. Par suite de cette disposition la conjonctive palpébrale dans le lieu du renversement, constituait en quelque sorte la face antérieure de la paupière, et dans cet endroit le globe oculaire n'était pas recouvert par l'abaissement de la paupière supérieure.

Quand M. Lisfranc fut appelé dans les premiers jours de septembre, les larmes s'écoulant constamment par ce point le plus déclive, avait porté l'irritation jusque sur la partie supérieure de la joue. Soit par le passage des larmes, soit par le contact continuel de l'air, la conjonctive oculaire était enflammée, et la muqueuse du renversement criblée de petites ulcérations reposait sur des tissus engorgés. Quelques élancemens assez vifs s'y faisaient sentir. La vue du reste était beaucoup moins claire que du côté sain.

Une opération était indispensable pour faire remonter le bord libre de la paupière, mais avant d'y procéder, M. Lisfranc, à l'aide de cataplasmes et de quelques cautérisations fit disparaître les petites ulcérations dont nous avons parlé, et dissipa l'inflammation au point que l'engorgement était à peine sensible.

Le 15 septembre l'opération fut pratiquée de la manière suivante : la paupière étant fixée, M Lisfranc fait de droite à gauche et parallèlement au rebord inférieur de l'orbite une incision courbe occupant en étendue les deux tiers moyens de la paupière. Cette section faite à la hauteur de l'angle inférieur du renversement n'intéresse que l'épaisseur de la peau. Un aide saisissant alors la lèvre supérieure de l'incision avec de petites pinces à crochets, M. Lisfranc dissèque la peau inférieurement en forme de bourse; arrivé au niveau du rebord orbitaire il perce le reste des tissus ainsi que la muqueuse, en évitant de blesser le globe oculaire et agrandit son ouverture de trois lignes transversalement, immédiatement au-dessous du renversement. A l'aide de petites pinces il attire entre les lèvres de la plaie faite à la peau le bord supérieur de la conjonctive qu'il vient de couper, et l'y maintient par un point de suture au bord inférieur.

Cette dernière manœuvre, en élevant le lambeau de la paupière, fait renverser en dedans, du côté du globe oculaire, la partie de la muqueuse renversée en dehors.

Un linge troué enduit de cérat, de la charpie maintenue par un monocle, constituent le pansement. (Diète légère les deux premiers jours, pédiluves soir et matin.)

A l'exception d'une légère pesanteur de la tête le lendemain de l'opération, la malade n'a pas éprouvé le moindre accident. Un gonflement inflammatoire survenu les premiers jours a cédé à l'application de cataplasmes.

Tout le reste du traitement a consisté en pansemens

simples et quelques cautérisations. De petites ulcérations survenues sur la conjonctive malade, vers le bord libre de la paupière, se sont dissipées en quelques jours. Un bandage agglutinatif en forme de croissant, a maintenu la paupière inférieure élevée le plus possible, pendant le temps que la cicatrice a mis à se faire. Au bout de sept semaines, la guérison ne laissait rien à désirer. La perte de substance étant réparée, les larmes suivaient leur cours naturel, le point lacrymal n'ayant pas été intéressé. Le globe oculaire était parfaitement bien recouvert par la réunion des paupières.

La nouvelle cicatrice, en se rétrécissant avec le temps, ne saurait ramener le renversement; car l'élévation qu'avait subi le lambeau supérieur donne, même à la paupière plus d'étendue de haut en bas qu'elle ne doit en avoir; en sorte qu'au-dessous il existe un léger pli transversal de la peau, qui facilitera la rétraction de la cicatrice et obviera ainsi aux désordres qu'elle pourrait ramener.

KYSTE DANS L'INTÉRIEUR DU VAGIN, OPÉRATION, GUÉRISON.

Obs. II.—Catherine Devivèse, couturière, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, est entrée à la Pitié, salle St-Augustin, dans les premiers jours d'août 1834.

Ses règles, parues pour la première fois à 16 ans, ont toujours été régulières; seulement depuis six mois elles avancent de quelques jours, mais sans variation dans leur quantité. Mariée à 24 ans, elle est deux fois devenue mère, et sa dernière grossesse date de quatre ans.

Vers le mois d'avril de cette année, elle s'est aperçue pour la première fois d'une petite tumeur naissant à droite de la paroi recto-vaginale, à un grand pouce au-dessus de la vulve. Cette tumeur s'est accrue graduellement jusqu'à présenter le volume d'un gros œuf de poule, qu'elle offrait à son entrée à l'hôpital. Jamais du reste elle n'a été véritablement douloureuse; seulement la malade ressentait des cuissons assez vives après avoir marché, cuissons que déterminait le frottement auquel cette tumeur était soumise par sa position.

Examinée le 14 août, cette tumeur se présentait en presque totalité à l'entrée du vagin, dans lequel on la faisait rentrer avec facilité. Sa forme était ovoïde, sa grosse extrémité libre, et venant se terminer un peu en arrière et en haut, par une sorte de pédicule naissant à la partie latérale droite et un peu postérieure de la cloison recto-vaginale. De légères tractions attiraient cette tumeur au dehors, et augmentaient beaucoup la longueur de ce pédicule, qui paraissait alors assez mince. Tout le reste de la tumeur était libre, à surface blanchâtre et parfaitement lisse. La pression ne diminuait en rien son volume, et faisait apercevoir de la fluctuation. Deux petits kystes transparens, chacun de la grosseur d'un pois et accollés l'un à l'autre, se voyaient en outre dans l'épaisseur du repli muqueux, immédiatement au-dessous du méat urinaire. On ne trouvait rien de particulier dans le reste du vagin; l'état général était excellent, et toutes les fonctions se remplissaient parfaitement bien.

Avant de se décider à attaquer la tumeur principale, il était important de bien s'assurer de sa nature. On ne pouvait pas la prendre pour un renversement du vagin, attendu qu'elle ne tenait à cet organe que par un point très-limité et que la compression ne diminuait en rien son volume. L'absence de toute impulsion par les efforts de la toux, l'exploration par le rectum rassurait sur la crainte de quelque hernie. La pression ne la diminuait pas et il existait de la fluctuation. Ce ne pouvait donc être qu'une tumeur enkystée contenant un liquide dans son intérieur. On aurait pu croire *à priori* que pour l'enlever, il suffisait d'un seul coup de ciseaux pour faire la section du pédicule, devenu peu volumineux par la plus légère traction. Mais pour agir avec prudence M. Lisfranc voulut s'assurer de la disposition de la cloison recto-vaginale. Le doigt introduit dans le rectum, il pénétra, comme l'avait prévu ce chirurgien, dans une espèce de doigt de gant jusqu'au corps de la tumeur, dans l'intérieur de ce prétendu pédicule qui n'était autre chose que la cloison recto-vaginale cédant aux tractions opérées sur le kyste; de telle sorte que la tumeur sphéroïde n'était qu'appliquée latéralement au vagin sans pédicule aucun.

La section de ce faux pédicule aurait donc fait éprouver à la cloison une perte de substance, d'autant plus grande qu'on se serait davantage éloigné du kyste, et aurait donné lieu à une fistule dont on sait les inconvéniens.

M. Lisfranc, attirant la tumeur au dehors, se décida alors à l'ouvrir par une incision longitudinale, enlevant ensuite, à l'aide de forts ciseaux, toutes les parois du kyste sans toucher toutefois à la portion adhérente à la cloison. M. Dieffenbach, présent à l'opération, ayant par le rectum introduit le doigt indicateur dans l'intérieur du prétendu pédicule, servait à marquer le point où cessait la tumeur et où devait conséquemment se borner la section.

L'ouverture donna issue à une matière demi-liquide, jaunâtre et très-visqueuse, tellement que cette substance saisie par un point, le reste s'est allongé sans se rompre, en forme de cordon. Nulle trace d'organisation ne s'y remarquait.

La paroi du kyste assez mince vers l'extrémité libre, offrait plus de trois lignes d'épaisseur vers le point adhérent. Elle était dure et fibreuse, recouverte en dehors par la muqueuse vaginale; épaissie et blanchâtre dans toute la partie qui était exposée hors du vagin; son intérieur était lisse et parcouru par un grand nombre de ramifications vasculaires.

Les deux autres petits kystes furent enlevés en totalité, chacun par un seul coup de ciseau. Leur nature était en tout analogue au précédent.

Peu de sang s'est écoulé pendant l'opération. Huit heures après une légère hémorrhagie a été arrêtée par un bourdonnet de charpie. Quelques vomissemens ont cédé à une potion calmante et une potion anti-émétique de Rivière. Du reste, nulle douleur n'est survenue dans l'abdomen.

Dès le lendemain de l'opération on a cautérisé avec

le proto-nitrate acide liquide de mercure la petite portion du kyste restant sur le vagin, pour la faire cicatriser. Cette cicatrisation a nécessité pour être complète divers autres cautérisations et ce n'est que le 3 novembre que la malade est sortie parfaitement guérie.

DU TRAITEMENT DES FONGUS DE LA VESSIE PAR LA LIGATURE, L'ARRACHEMENT ET L'ÉCRASEMENT; lettre adressée à l'Académie des sciences, le 22 décembre 1834, par M. CIVIALE.

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie un fait qui me paraît d'autant plus digne de fixer l'attention qu'il constate un progrès réel dans l'art chirurgical.

Certaines tumeurs qui se développent dans la vessie, principalement vers l'orifice urétral, acquièrent quelquefois assez de volume pour donner lieu à des accidens très-graves. Jusqu'à présent l'art avait été impuissant, non pas seulement à les guérir, mais même à les reconnaître, et l'on n'en découvrait l'existence qu'après la mort.

L'emploi des instrumens de la lithotritie m'a fourni un moyen assuré de les reconnaître sur le vivant, d'en déterminer la consistance, d'en apprécier le volume et de juger si elles sont ou non pédiculées. Ces données premières m'ont suggéré une série de procédés curatifs qui, après quelques tâtonnemens, m'ont enfin conduit à des résultats très-satisfaisans.

J'employai d'abord la *ligature*, au moyen d'un appareil spécial, dont il serait trop long de faire ici la description; mais ce procédé ne peut s'appliquer qu'à un bien petit nombre de cas. Il est si long, présente tant de difficultés et fatigue tellement le malade, que je me vis bientôt contraint d'y renoncer.

C'est alors que je conçus l'idée de recourir à l'*arrachement*, au moyen d'instrumens analogues à ceux dont je me sers pour le broiement de la pierre, mais montés d'une autre manière. J'ai mis ce procédé en pratique pour la première fois le 23 octobre 1827, à l'occasion d'un petit fongus pédiculé. L'opération fut simple et facile; le malade rendit une assez grande quantité de sang avec l'urine, mais n'éprouva aucun accident et fut guéri dès le lendemain. Je m'étais servi d'un petit instrument, et quoique le fongus fût enfermé dans la pince, le tout sortit aisément par l'urètre. Ce cas est le plus simple que j'aie rencontré.

Un autre malade fut soumis au même procédé le 12 mars 1829; mais sa situation présentait beaucoup plus de gravité; la tumeur était dure et grosse comme une petite noix. Il fallut l'écraser et la réduire en une sorte de pâte pour qu'elle pût traverser l'urètre. L'opération, difficile et douloureuse, ne put être terminée que dans une seconde séance, qui eut lieu sept jours après la première. Plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Baffos et Costello, y assistèrent. Le sujet mourut trois mois après d'une fièvre typhoïde, maladie tout-à-fait étrangère à celle de la vessie.

J'ai pratiqué aussi l'arrachement d'un fongus vésical sur un troisième malade qui avait en même temps la pierre, au broiement de laquelle je ne procédai qu'après la destruction de la tumeur. Ici l'opération présenta une particularité qui m'a fait depuis renoncer à ce procédé. Malgré des torsions réitérées, le pédicule du fongus ne fut point complétement détaché, et il amena une traînée filiforme de membrane muqueuse urétrale, longue de plusieurs pouces. La promptitude et la facilité avec lesquelles les membranes de cette espèce se reproduisent me rassurèrent jusqu'à un certain point, par rapport aux suites de l'accident. En effet, l'issue fut heureuse; mais le malade souffrit beaucoup pendant trois jours, et l'urètre conserva pendant quelque temps une assez grande sensibilité.

Le troisième moyen que j'ai employé contre les tumeurs fongueuses du col de la vessie est l'*écrasement*. Après avoir saisi et isolé la tumeur par un procédé analogue à celui dont je me sers dans les cas de calculs peu volumineux, je ferme l'instrument avec force, de manière à écraser subitement le fongus, à le frapper de mort et à le réduire pour ainsi dire en pâte; mais au lieu de retirer l'instrument ainsi fermé et d'arracher le pédicule, j'ouvre la pince et je la dégage entièrement de la masse charnue, ce qui offre d'autant moins de difficulté que la vessie est remplie d'eau; je le ferme ensuite et je le retire. La tumeur broyée s'échappe avec l'urine, tantôt immédiatement après l'opération, tantôt plus tard.

Plusieurs malades ont été opérés de cette manière avec un succès complet. Il s'en trouve un maintenant à l'hôpital Necker. L'opération a été commencée mercredi dernier; dans la même journée, la portion de tumeur que je mets sous les yeux de l'Académie fut expulsée; aucun accident ne s'est manifesté. Aussitôt après l'opération, le malade a uriné sans sonde et avec une grande facilité, ce qu'il ne pouvait faire depuis plusieurs mois, malgré tous les traitemens auxquels on l'avait soumis. J'espère pouvoir terminer cette opération mercredi prochain.

Le procédé de l'*écrasement* présente quelques difficultés; mais l'application en est peu douloureuse, parce qu'on agit sur des tissus qui possèdent peu de sensibilité. C'est aussi ce qui explique la faible réaction qu'entraîne la manœuvre.

CIVIALE.

TORTICOLIS DATANT DE SIX ANS; SECTION DU MUSCLE STERNO-MASTOÏDIEN; GUÉRISON; observation communiquée à l'Académie de médecine le 16 décembre 1834, par M. AMUSSAT.

OBS. — Porché, cordonnier, âgé de 53 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a environ sept ans, il se chargea de porter un fardeau très-lourd sur la butte Montmartre. Pendant le trajet, il éprouva dans le cou une très-vive douleur qui persista, mais à un moindre degré, quand il eut déposé son fardeau, et

qui ne se dissipa entièrement qu'après quinze ou vingt jours.

A quelque temps de là il remarqua, pendant la nuit seulement, que, par un petit mouvement spontané, sa tête se déviait de droite à gauche. Trois mois après avoir fait cette remarque, il s'éveilla un matin avec un torticolis très-douloureux, dont il était guéri le jour suivant. Dès-lors les contractions nocturnes cessèrent; mais un peu plus tard il s'aperçut que ses yeux abandonnaient son travail, et que, malgré lui, sa tête pivotait lentement de droite à gauche. Bientôt, l'intensité des contractions augmentant, il fut obligé, pour tenir sa tête immobile et pouvoir travailler, de tenir entre les dents une ficelle attachée à sa cuisse, ou bien, s'il marchait, de se servir d'une baguette contre laquelle il arcboutait son nez et son menton.

Dix mois plus tard, son mal s'était tellement aggravé, qu'il fut obligé de renoncer à sa profession. Dans cet intervalle, le muscle sterno-mastoïdien s'était graduellement développé, et avait à cette époque au moins triplé de volume. Quand il marchait ou se livrait à quelque exercice, il éprouvait des contractions intolérables qui l'obligeaient à se coucher pendant plusieurs heures de suite. On lui conseilla une foule de médications qui ne lui furent presque d'aucune utilité. Ainsi, les douches froides sur la tête dans un bain tiède, et l'électro-puncture, l'irritèrent davantage. Les frictions irritantes et anodines furent sans succès; les vésicatoires ammoniacaux pansés avec l'hydrochlorate de morphine, produisirent un mieux qui fit croire à la guérison, et qui ne dura que trois jours.

Après avoir inutilement tenté toute espèce de remèdes, le malade, sur le conseil de M. Amussat, se décida à se laisser faire la section du muscle contracté. Il fut opéré dans le mois d'octobre 1833, de la manière suivante. Après avoir constaté qu'il ne pouvait tenir la tête immobile que pendant sept ou huit secondes quand on ne fixait pas son attention, on pinça, un pouce au-dessus de la clavicule, la peau et une portion du faisceau musculaire sternal, qu'on traversa avec un bistouri étroit et courbé en faucille, comme si l'on voulait percer un séton; puis on fit marcher le tranchant de l'instrument d'arrière en avant, de manière à couper tout le pli qu'on avait formé. On agrandit un peu l'incision, et on profita du moment des contractions pour faire, couche par couche, la section des fibres musculaires profondes qu'on n'avait point divisées du premier coup. Après voir tout coupé à l'exception de quelques fibres de la portion claviculaire, on tordit une petite artère et on pansa la plaie avec un linge troué enduit de cérat, de la charpie et des bandelettes de sparadrap.

La torsion du cou continua pendant quinze ou vingt jours avec autant d'intensité qu'avant l'opération; puis, la cicatrisation commençant, elle diminua un peu; et, environ six semaines après l'opération, la plaie étant tout-à-fait cicatrisée, elle disparut complétement.

Cette observation mérite sous plusieurs rapports de fixer l'attention des praticiens. Ainsi, on peut voir : 1° que l'ancienneté du mal qui remontait à six ans, n'a point été un obstacle à la guérison; 2° que bien qu'on n'ait employé pendant et après l'opération aucun appareil pour maintenir la tête, et qu'on n'ait pas fait la résection d'une partie du muscle, on n'en a pas moins obtenu un plein succès au bout de six semaines ou deux mois; 3° que tout porte à croire que le résultat heureux sera durable puisqu'il date déjà d'un an environ; 4° enfin, c'est un fait nouveau en faveur de l'opération, fait qui arrive d'autant plus à propos que dans ces derniers temps la plupart des chirurgiens avaient presque renoncé à opérer en pareil cas, à cause de leurs insuccès.

Le lieu où la section a été faite, est celui qui a été généralement indiqué par les auteurs. M. Malgaigne (*Manuel de médecine opératoire*), voudrait qu'on la fît plus haut, dans le double but d'avoir une épaisseur et une largeur moindres du muscle à diviser, et de s'écarter davantage des gros vaisseaux. Le premier motif a quelque valeur; mais pour le second, M. Amussat s'est assuré sur le cadavre que le muscle est également rapproché des gros vaisseaux dans toute son étendue, et que, dans sa partie inférieure, il en est même mieux séparé par l'interposition du muscle omoplat-hyoïdien.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR, traitée par l'hyponarthécie; par M. MAYOR, de Lausanne.

Bien que le fait suivant soit encore incomplet, toutefois, comme l'issue n'en est pas douteuse, il offrira peut-être quelque intérêt à nos nombreux lecteurs, qui pourront le rattacher au mémoire que j'ai inséré dans la GAZETTE MÉDICALE il y a quelques mois.

OBS. — Le nommé Holzly, de Morges, âgé de 51 ans, tombe le 12 septembre dernier, d'environ quatorze pieds, sur le côté droit, et offre à un praticien expérimenté, M. Mercier de Morges, tous les caractères de la fracture du col du fémur. Le malade est amené quatre jours après à l'hôpital de Lausanne, où il est immédiatement placé sur la planchette suspendue, recouverte d'un épais coussin de coton, et formant un double plan incliné sur lequel la cuisse est fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. Mais ces flexions respectives offrent sur celles qui ont lieu au moyen de simples coussins ces grands avantages, qu'elles sont invariables, qu'elles permettent cependant des mouvemens divers et assez étendus de tout le corps, et donnent la facilité de porter le malade sur un fauteuil aussi souvent qu'il le désire et sans aucun inconvénient.

Holzly est depuis vingt-trois jours sur cet appareil; on n'a fait et on ne fera aucun pansement ultérieur, et on attendra dans cet état que le temps (sept ou huit semaines) ait consolidé les fragmens; mais ce temps, bien long et bien pénible quand on doit le passer irrémissiblement dans une position invariable et gênée, se présente d'une tout autre manière lorsqu'il est permis de changer à volonté d'attitude, de faire ses fonctions sans gêne, d'avoir son lit arrangé aussi souvent qu'il

est nécessaire, d'être porté sur un fauteuil et conduit de celui-ci partout où il pourra passer. Holzly jouit donc de tous ces avantages, et cependant le membre fracturé est exactement pareil à l'autre, sauf une *tuméfaction* légèrement douloureuse au toucher, qu'on remarque en avant du grand trochanter. Mesurée avec le compas d'épaisseur, dont l'une des branches appuie derrière le trochanter et l'autre en avant de cette éminence, cette région est encore, aujourd'hui 9 octobre, d'environ un pouce plus grosse que celle du côté gauche, et offre un peu plus de chaleur. Il y a évidemment ici une surexcitation, un travail quelconque, dont le résultat paraît devoir être heureux. Il y a deux jours (le vingt-unième depuis l'accident), et malgré la certitude que j'avais de l'existence de la fracture, j'ai voulu que Holzly essayât de soulever la cuisse et la jambe. Après que j'eus libéré ces parties des deux liens qui les fixaient à l'appareil, les efforts pour leur faire abandonner celui-ci furent sans aucun effet, et je me suis convaincu par là, non-seulement de l'impossibilité où était le malade de soulever l'extrémité affectée, mais encore de la parfaite innocuité d'une semblable tentative et de cette espèce d'exploration.

Au nombre des chirurgiens distingués qui ont examiné ce cas avec attention, j'aime à citer M. Breschet, qui a passé dans cette ville, et qui a bien voulu, dans son voyage scientifique, se rappeler de moi.

Agréez, etc. M. Mayor.

DÉGÉNÉRESCENCE SINGULIÈRE DU TISSU OSSEUX DANS LES OS DE LA FACE ET DU CRANE; observation communiquée à l'Académie royale de médecine dans sa séance du 2 septembre 1834, par M. Amussat.

Obs.—Mademoiselle Phl..., dont il est question, était tourmentée depuis sa jeunesse par une migraine des plus intenses. Des revers de fortune la forcèrent de s'occuper de peinture et de musique; elle travaillait habituellement dix-huit heures par jour. A 42 ans, ses maux de tête se changèrent en douleurs aiguës, dont la racine du nez était le siége principal; elle s'aperçut aussi à cette époque que son nez s'élargissait et écartait les deux yeux. Malgré ses souffrances continues, mademoiselle Phl... continua ses travaux. A 52 ans, elle s'occupa d'un grand tableau qu'elle avait promis pour une époque fixe, et fut obligée d'y travailler avec beaucoup d'assiduité; elle ne put le faire cependant qu'en ayant continuellement le front couvert de compresses d'eau froide ou vinaigrée; sans cela, sa vue était trouble.

A cette époque, l'écartement de ses yeux augmenta d'une manière sensible; une petite tumeur souleva la peau entre les deux sourcils, obstrua la narine gauche, et fit en peu de temps de tels progrès que le front prit un développement extraordinaire. Les médecins consultés craignant d'avoir affaire à une exostose d'origine syphilitique, prescrivirent des mercuriaux sous toutes les formes, qui ne produisirent aucun effet. Une consultation, à laquelle prirent part MM. Larrey, Rostan, Emery, eut lieu, et on s'accorda à penser qu'on avait affaire à un polype des sinus frontaux; ce qui contribua surtout à accréditer cette opinion, c'est qu'on voyait dans la narine gauche une masse charnue d'apparence polypeuse, et qu'on entendait sur le front un bruissement qui indiquait une communication avec les fosses nasales; on ne put jamais apercevoir la moindre trace de battement dans la tumeur.

L'opération ayant été décidée, M. Amussat la pratiqua devant MM. Girardin, Garnot et plusieurs autres médecins, le 23 novembre 1833; il fit une incision cruciale sur le front et traversa avec le bistouri une croûte osseuse d'un pouce d'épaisseur, formée par des milliers de petites granulations d'apparence graisseuse renfermées dans un tissu aréolaire. La surprise qu'excita la vue de cette tumeur d'apparence nouvelle fut partagée par tous les assistans. M. Amussat en excisa une grande portion; il arriva jusqu'à la dure-mère, qu'il reconnut aux battemens du cerveau; il ne crut pas devoir aller plus loin, parce que le mal avait de profondes racines et que la malade avait perdu beaucoup de sang. Au bout de deux mois, la plaie était tout-à-fait cicatrisée; la malade se crut guérie; mais la tumeur reprit un grand développement malgré les moyens accessoires que l'on employa, et quoique M. Amussat excisât de temps en temps des excroissances charnues. Cinq ou six mois après l'opération, mademoiselle Phl... perdit l'œil droit, et pendant les deux derniers mois de sa vie elle voyait à peine de l'œil gauche; son intelligence s'affaiblit, la mémoire s'altéra beaucoup, et le 23 novembre 1834, mademoiselle Phl..., après avoir dîné comme de coutume, mourut sans agonie.

Elle fut ouverte le lendemain en présence de MM. Girardin, Emery, Dumontier, une incision cruciale ayant été fait à la partie supérieure de la tête, on disséqua les lambeaux, puis on scia verticalement le crâne, ce qui permit d'enlever la partie postérieure de cette boîte osseuse, en laissant sur le devant toutes les parties qui étaient malades.

Le cerveau était à l'état normal, excepté les lobes antérieurs, qui présentaient un léger ramollissement; l'extrémité de ces lobes qui était en rapport avec la tumeur était convertie en bouillie. On fendit verticalement la tumeur; le scalpel divisa facilement la partie antérieure du crâne et la face jusqu'à l'apophyse transverse de l'os maxillaire supérieur; on observa alors un développement considérable du front qui offrait 2 à 3 pouces d'épaisseur, accompagné d'un très-grand ramollissement. Cet os présentait une multitude de petites cellules remplies d'une matière jaunâtre ayant l'aspect de pus concret, et analogue par leur arrangement aux alvéoles d'un gâteau de miel, ou mieux encore aux cellules que présente une grenade coupée verticalement. L'ethmoïde avait subi la même transformation; les autres os de la face avaient presque tous éprouvé une certaine altération. Les deux rochers avaient subi un ra-

mollissement de même nature. Le nerf optique gauche semblait se perdre dans la tumeur; mais une dissection attentive montra qu'il se continuait jusqu'à l'œil.

La dure mère était presque partout saine; cependant dans la fosse temporale gauche elle semblait transformée elle-même en cellules contenant une matière de même apparence que les os. De semblables cellules soulevaient en plusieurs points la muqueuse nasale, en sorte que l'affection, originairement déclarée dans les os, semblait avoir fini par se répandre dans les parties molles voisines.

Les organes de la poitrine étaient sains et ne présentaient pas un seul tubercule. Les organes de l'abdomen ne présentaient également aucune altération. L'utérus seulement offrait plusieurs tumeurs fibreuses; l'un des ovaires contenait une masse blanchâtre, adipocireuse par sa consistance, qui était analogue à du suif.

La colonne vertébrale présentait une double courbure latérale très-forte.

Un morceau de la substance du frontal ayant été mis dans l'eau chaude et pressuré, toute la matière contenue dans les alvéoles fut dissoute, et il ne resta qu'un tissu spongieux à mailles assez serrées. Cette matière fut totalement dissoute sans former d'yeux; l'eau de savon donna le même résultat.

Soumise à l'analyse par M. Boutin-Limousineau, aide de M. Gay-Lussac, elle présenta les mêmes élémens que le caséum.

Observations sur les convulsions des nouveau-nés causées par une longue compression de la tête dans le travail de l'accouchement.

On trouve dans le Recueil des travaux de la Société de médecine de Marseille les observations suivantes, adressées par M. Levrat-Perroton :

Une femme mit au monde un premier enfant après un travail de vingt-quatre heures. La tête demeura longtemps engagée dans la filière du bassin; cependant l'accouchement se termina par les seuls efforts de la nature. L'enfant vint au monde plein de vie; mais, au bout de vingt-quatre heures, il fut pris de convulsions violentes de tout le corps; le visage était bleuâtre, le pouls dur et intermittent. Deux sangsues furent appliquées à chaque tempe, des sinapismes placés sur les membres inférieurs; on donna par cuillerée, d'heure en heure, l'émulsion suivante :

Pr. Emulsion d'amandes douces, une once;
Sirop de pivoine, demi-once;
Ether sulfurique, dix gouttes;
Extrait de jusquiame noire, un grain.

Les pieds et les jambes furent en outre enveloppés de coton cardé, recouvert de taffetas ciré. Sous l'influence de cette médication, les accidens ont promptement disparu, et l'enfant a recouvré une santé parfaite.

Après trois jours de travail, une femme mit au monde un enfant bien constitué et bien portant. La tête était restée vingt-quatre heures dans la filière du bassin. Trente six heures après sa naissance, il survint des mouvemens convulsifs très-violens. Les accidens duraient depuis quatre heures, et déjà les extrémités étaient froides, et son état inspirait les plus vives inquiétudes, lorsque M. Levrat-Perroton fit réchauffer les extrémités au moyen de coton cardé saupoudré de moutarde, appliqué bien chaud, et recouvert de taffetas ciré. Deux petites sangsues furent placées à chaque tempe; on frictionna l'épigastre avec de l'eau de Cologne, et on fit prendre une petite cuillerée d'huile de ricin, qui provoqua une selle abondante de méconium. Le lendemain, l'enfant avait repris le sein de la mère, et ne conservait aucune trace des accidens de la veille.

Enfin, dans une troisième observation, un enfant ainsi expulsé après un long travail fut également pris, au bout de quarante-huit heures, de convulsions auxquelles il succomba sans qu'on y eût opposé les soins convenables.

M. Levrat-Perroton assure posséder un grand nombre d'observations semblables, et il appelle l'attention des médecins sur ce point de pratique important. Sans doute les enfans qui naissent après un long travail ne sont pas tous pris d'accidens de ce genre; mais il suffit qu'on les ait observés un certain nombre de fois pour qu'on doive se tenir en garde contre la pléthore sanguine dont ils sont menacés. Ce médecin conclut en outre de ces différens faits qu'on ne devrait point envoyer en nourrice, avant qu'une huitaine de jours se fût écoulée, les enfans qui sont venus au monde après un travail difficile.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1834.

N° DU 25.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Bouillaud.

Guérison d'une caverne des poumons au moyen des émissions sanguines générales et locales.

Meunier (Alexis), âgé de 22 ans, apprêteur de mérinos, demeurant à Paris depuis trois ans, est entré le 17 septembre 1834, à l'hôpital de la Charité, salle St-Jean-de-Dieu, n° 19.

Il travaille habituellement dans la vapeur d'eau, et il lui arrive bien souvent de sortir après s'être échauffé, pour prendre de la bière froide, la tête, les pieds et les bras nus.

Jusqu'à sa dernière maladie il se portait bien; ses parens jouissent d'une très-bonne santé. Il ne fait des excès en aucun genre.

Sa maladie date de neuf semaines; elle a commencé par un rhume léger. Le malade avait la toux sèche. Un médecin lui ordonna une bonne nourriture et les bains. Le malade se nourrissait bien, mais il n'a pas pris de bains. Bientôt il commença à cracher des matières sales, très-fétides et teintes légèrement de sang. Il a perdu ses forces, et a maigri considérablement.

Le 30 juillet, il est entré à l'Hôtel-Dieu avec un dévoiement qui dura assez long-temps. Les sueurs étaient aussi copieuses. On donnait au malade des juleps et des tisanes adoucissantes; ensuite on lui a établi un cautère au-dessous de la clavicule droite.

Six semaines après, il a quitté cet hôpital sans une amélioration remarquable; cependant il crachait moins qu'à son arrivée.

Le premier jour de sa présence à l'hôpital de la Charité, il présentait :

Figure pâle, toux fréquente; crachats sales, fétides et remplissant les deux crachoirs en vingt-quatre heures. Matité au sommet du poumon droit. En auscultant cette région, on trouve du souffle caverneux qui alterne avec le gargouillement. La percussion donne le bruit du pot fêlé au dessous de la clavicule droite, précisément à l'endroit où on entendait les deux derniers bruits. A gauche, la respiration est puérile, et la résonnance normale. Saignée de quatre palettes et une émission de quatre palettes de sang, au moyen de ventouses appliquées sur la région malade. Un bouillon, deux potages; cataplasmes émolliens.

Le malade se trouve mieux depuis cette émission de sang; la toux a diminué ainsi que les crachats. Cependant l'engorgement du sommet du poumon droit persiste encore.

Quinze jours après, on lui fit une autre saignée de quatre palettes qui a produit beaucoup d'amélioration. Le son mat du sommet du poumon droit a bien diminué sans disparaître complétement, et c'est pour dissiper l'engorgement qu'on lui appliqua huit jours après des ventouses scarifiées sur l'endroit malade, de manière à tirer quatre palettes de sang.

Depuis cette dernière application, le malade s'est aperçu d'une grande amélioration. Tous les symptômes ont diminué de plus en plus, et il y a déjà trois semaines que le malade a cessé complétement de tousser et de cracher. La percussion donne le son clair dans la région qui correspondait à l'induration chronique du poumon. Le bruit du pot fêlé persiste encore, mais dans une étendue bien moins considérable.

Le malade se promène, n'éprouve aucune gêne en respirant, et commence à reprendre son embonpoint.

Nous avons trouvé cette observation trop intéressante pour ne pas en donner connaissance au public médical.

Ce n'est plus à la manière des anciens conduits par la disparition des signes rationnels, que nous annonçons ici la guérison d'une phthisie tuberculeuse. Nous l'avons reconnue au moyen des signes physiques, des signes positifs qui ne sont aujourd'hui le privilége de personne, mais sont à portée de tout le monde.

Ce n'est pas une seule personne qui a constaté cette affection, mais elle a été reconnue, mesurée, calculée et notée comme très-curieuse par le nombreux auditoire composé des élèves, de médecins du pays et étrangers. Le bruit du pot fêlé, signe d'une ancienne caverne, existe encore jusqu'à présent, quoique tous les autres symptômes aient disparu.

J.

Nous sommes pourtant loin de vouloir publier cette observation comme une espèce de miracle. Des faits de ce genre ont déjà été cités par les auteurs. Laënnec en particulier en cite quelques exemples dans son précieux ouvrage. Mais ces preuves de guérison des cavernes ne se rencontraient le plus souvent qu'après que les individus avaient succombé à des maladies étrangères aux poumons. C'est ce qui a fait dire que c'est par les seules ressources de la nature que cette guérison peut avoir lieu. Au contraire, dans l'observation que nous publions, on peut suivre pas à pas l'amélioration organique et celle des symptômes.

Cette amélioration suivait chaque émission sanguine générale et locale. En effet, c'est la seule médication qui peut être dirigée directement contre la nature de cette affection.

Voudra-t-on soutenir encore aujourd'hui que l'acte de la tuberculisation n'est pas analogue à celui de l'inflammation? Qu'on interroge scrupuleusement et sans prévention les malades atteints de tubercules, et on saura que presque chacun d'eux a eu autrefois des fluxions de poitrine ou des rhumes négligés, que chacun presque comme le malade de l'observation publiée, était exposé aux vicissitudes atmosphériques.

Voudra-t-on nous citer comme preuve de la nature non inflammatoire des tubercules leur dissémination dans plusieurs organes du corps ? Cette dissémination ne se rencontre-t-elle pas aussi dans d'autres affections qui portent le caractère inflammatoire irrécusable? Ne voit-on pas des pleurésies accompagnées des inflammations du péricarde, du péritoine, des synoviales, etc. L'érysipèle ne se manifeste-t-il pas quelquefois sur plusieurs parties successivement? Donc la pluralité des organes affectés par les tubercules (qui quoique très fréquente est loin de se rencontrer toujours), ne parle nullement contre la nature non inflammatoire des tubercules. Cette forme peut tenir à la marche chronique de cette affection. Tous les médecins savent que la marche des maladies a une grande influence sur leur forme. Si un abcès se forme à la suite d'une cérébrite aiguë que de signes ne précèdent pas la mort?

Tandis que cet abcès formé lentement, peut exister impunément pendant des années.

N'oublions jamais qu'il ne faut pas appeler impossible tout ce qui est difficile à expliquer, et disons avec l'auteur de la percussion : *Plura enim in morbis fiunt, quæ observare tantum licet, minime vero intelligi.* (Avenbrugger.)

A. Raciborski.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. Bally et Piorry.

Iralgie ; névralgie frontale ; symptômes simulans un ramollissement du côté droit ; traitement par les antiphlogistiques ; guérison ; retours successifs des mêmes accidens ; même traitement ; emploi du sulfate de quinine, par M. A. Godin.

La femme James, lingère, âgée de cinquante-trois ans, d'une constitution assez faible, entra le 5 septembre 1834 au n. 63 de la salle Saint-Joseph.

Cette femme porte depuis son enfance une cicatrice au front. Depuis 3 ans elle a cessé d'être réglée. Quelques vomissemens et quelques crachemens de sang depuis. Elle se plaint de maux de tête qui datent d'un an. Depuis sa jeunesse aussi elle paraît avoir éprouvé des migraines du côté droit de la face; migraines ayant tous les caractères de l'iralgie, c'est-à-dire offrant la série des symptômes suivans :

Brouillard devant l'œil, cercle scintillant entier, douleur, élancemens dans l'œil, envies de vomir. Il y a un an elle éprouva du même côté (droit) une douleur très-vive sans affaiblissement des membres.

Le 1er décembre à minuit, elle fut prise de douleur du même côté de la tête, des mêmes accidens du côté de l'œil, d'étourdissemens, sentit sa langue se gonfler. Fourmillemens, contractions épileptiformes des membres; depuis lors dyspnée. Les membres des deux côtés, surtout à gauche, ont été engourdis. Douleurs du même côté, surtout dans le bras. Du reste elle n'a fait aucun traitement.

Le 6, à la visite, elle offre l'état suivant: rien du côté des organes digestifs, circulatoires et respiratoires; occlusion complète de la paupière du côté droit; pupilles égales des deux côtés, non contractées; conservation de l'ouïe et de l'intelligence. La douleur de tête se fait sentir au-dedans. Faiblesse dans les mouvemens du bras gauche, tenant surtout à la douleur qui existe dans les épaules, principalement à droite, car la malade serre fortement les mains. Douleurs dans le genou, mouvemens affaiblis dans l'extrémité inférieure gauche; fourmillemens à la plante des pieds et à la paume de la main; pas de douleur dans l'épine, pas de mouvemens spasmodiques. Saignée de 20 sangsues derrière l'oreille droite; position élevée de la tête; lavement laxatif avec deux gros de follicules de séné et une once de sirop de nerprun; diète; eau de gomme.

Le 7, la malade est parfaitement bien; tous les symptômes sont calmés, les mouvemens sont revenus, plus de douleur de tête. L'examen des autres fonctions n'offre rien de remarquable. On prescrit deux lavemens qui ne sont pas administrés; diète; gomme.

Le 8, continuation du même état; mais les paupières droites, écartées hier, se sont resserrées aujourd'hui. La malade se plaint beaucoup de l'œil, dont l'aspect rappelle celui d'un homme ébloui par une vive lumière. La pupille ne diffère pas de celle du côté opposé. L'œil est sensible à la pression. (Cette douleur tient probablement à la migraine.) Lavement purgatif; lotions de l'œil avec l'eau fraîche; cataplasmes sinapisés sur les mollets; quelques cuillerées de potage.

Le 9, cessation des accidens. Deux soupes.

Le 10, guérison. Le quart.

Dans la nuit du 10 au 11, de minuit à une heure, frissons très-violens; douleur très-vive dans les deux côtés de la tête, paraissant être plus violente au sinciput; douleur vive à l'épigastre.

Le 11 au matin, persistance de la douleur. OEil droit

affaissé; bouche abaissée du même côté. Pouls plus faible que fort ; un peu d'engourdissement dans le bras gauche qui paraît plus pesant qu'à l'ordinaire. 25 sangsues sous l'oreille droite ; cataplasmes ; lavement ; purgatif ; diète.

Le 12, plus d'accidens du côté des bras et des jambes. La douleur de tête, quoique diminuée, persiste encore. Vingt nouvelles sangsues.

Les jours suivans, plus d'accidens. On lui accorde successivement des alimens. Sortie bien guérie le 18.

Trois jours après sa sortie, réapparition des accidens qui partent toujours de l'œil. Symptômes de l'iralgie. Accidens du côté des membres. Contractions spasmodiques des paupières. Tous ces accidens cèdent encore au même traitement; et cette femme sortit, pour la seconde fois, de l'hôpital le 29 septembre.

Le 15 octobre, elle rentre à l'hôpital avec un nouvel accès (il paraît revenir toutes les fois après douze jours.) De temps en temps, dans l'intervalle de ces accès, elle ressent des douleurs dans le côté droit (du côté opposé à celui des accidens des membres) vers la bosse frontale; après avoir éprouvé la même série de phénomènes, elle a perdu quatre heures de suite connaissance. On emploie encore les mêmes moyens, saignée, etc., et le 18 au matin, elle n'offre plus d'accidens. On lui accorde deux potages.

Dans la nuit du 19 au 20, les contractures reparaissent en commençant par un tremblement. Les douleurs dans le côté gauche de la tête qui déjà avaient paru le 12 septembre, ont reparu. Chaleur violente dans le membre supérieur gauche; rien vers la jambe ni vers l'œil. Douleur légère dans le côté droit de la tête; contraction spasmodique des muscles et des commissures des lèvres à gauche. Diète; extrait aqueux d'opium, 1 grain le matin et un le soir; cataplasme sur le pouls du côté gauche, catapl. sinapisés sur les deux mollets; vingt sangsues derrière l'oreille. La malade ne souffre pas qu'on emploie ce dernier moyen.

Le 15, vomissemens, coliques, beaucoup de gaz dans l'intestin, mais le bras est moins contracté, la tête moins douloureuse. Il y a eu une contrariété morale à laquelle on peut attribuer une partie de ces accidens. Suppression des opiacés; limonade légère; diète; trois lavemens de graine de lin ; un bouillon.

Les jours suivans alimentation graduée.

Le 22, quinze grains de sulfate de quinine en trois doses ; d'abord sept, puis cinq, puis trois.

Le 23 il ne reste aucun symptôme de maladie, nulle douleur. Même traitement ; le quart.

Le 25 et les jours suivans, elle continue l'emploi du sulfate de quinine à la même dose. Elle se trouve parfaitement bien, et quoiqu'elle ait travaillé hier, ce qui détermine ordinairement les accidens, elle n'éprouva aucune espèce de trouble. On interroge avec le plus grand soin toutes les actions sensoriales et locomotrices, et on ne trouve pas le moindre indice de lésion ou de trouble fonctionnel. Jamais, dit-elle, elle ne s'est trouvée si bien depuis l'invasion de sa maladie, et attribue ce résultat à l'action du sulfate de quinine. On remarque même que l'intelligence est à un degré plus haut que les jours précédens.

On continue l'emploi du même traitement jusqu'au 28 octobre, jour de la sortie de la malade, qui se propose d'employer encore le sulfate de quinine pendant quelque temps.

N° DU 27.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Observations d'encéphalite et de myélite.

Première observation. — *Symptômes ataxiques au début, puis coma; résolution des membres, contracture, mort; ramollissement rouge de la substance corticale des lobes antérieurs et d'une partie des deux corps striés.*

Lainé (Marie-Victorine), âgée de cinq ans, est apportée de la commune d'Issy à l'hôpital des Enfans, le 14 novembre, dans l'état suivant:

Décubitus dorsal, perte complète de connaissance, face pâle, occlusion des paupières, dont l'écartement laisse voir les yeux agités de mouvemens convulsifs et les pupilles contractées. La vue et l'ouïe sont complètement abolies. On ne peut obtenir de la malade aucune réponse. Résolution complète des membres supérieurs et inférieurs, sensibilité de la peau obtuse, mais non entièrement abolie, égale des deux côtés ; du reste pas de mouvemens spasmodiques, pas de trismus, pas de renversement de la tête en arrière. La langue est pâle et sèche, la déglutition gênée, le ventre aplati ; sa paroi antérieure semble reposer sur la colonne vertébrale ; la pression fait naître de la douleur. Pendant qu'on applique la main, la figure semble exprimer la souffrance, et la malade pousse quelques gémissemens plaintifs ; émission des urines involontaire, pas d'évacuations alvines ; pouls petit, fréquent, régulier, à 148 pulsations ; respiration accélérée, suspirieuse : par intervalle ; 60 inspirations par minute, pas de toux, respiration pure en avant, à droite et à gauche ; son clair ; la percussion et l'auscultation ne sont pas pratiquées postérieurement. Tilleul édulcoré, lavement purgatif ; deux vésicatoires aux membres inférieurs ; sinapismes.

D'après les renseignemens que nous obtenons des parens et d'un médecin qui a visité deux fois la malade, cette jeune fille a éprouvé quinze jours avant son entrée de l'abattement, du malaise fébrile, de l'inappétence, de la toux et de la diarrhée. Ces symptômes ont persisté huit jours, au bout desquels de nouveaux accidens se sont manifestés. Une agitation extrême avec fièvre intense, mouvemens convulsifs et délire. Depuis cinq jours elle se trouve dans l'état que nous venons de décrire.

Elle jouissait d'une bonne santé avant l'invasion de

cette affection, n'a point éprouvé pendant son cours de la céphalalgie, des nausées et des vomissemens.

Le médecin qui lui avait donné des soins avait diagnostiqué : fièvre nerveuse.

Le 15, le coma est plus profond, la face pâle et légèrement violacée; les yeux offrent du strabisme, les pupilles sont contractées et immobiles; les membres supérieurs affectés de contracture, sont dans la demi-flexion, les membres inférieurs, dans l'extension possèdent une véritable raideur tétatique; la sensibilité est très-obtuse, mais non entièrement abolie; trismus, pas de rigidité des muscles du cou et du tronc, pas de convulsions cloniques; 80 inspirations pas minute, pouls filiforme, impossible à compter, à cause de sa petitesse et de sa fréquence; une évacuation à la suite du lavement; émission des urines rares.

Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, qui a lieu à huit heures du soir.

Ouverture, 36 heures après la mort.

Habitude extérieure. Cadavre peu amaigri et bien conformé; résolution des membres, pâleur de toute la surface tégumentaire, à l'exception des points qui ont été en contact avec les vésicatoires et les sinapismes.

Crâne. La dure-mère est saine, les glandes de Pachioni sont très-saillantes à la surface de l'arachnoïde, mais n'occupent qu'une très-petite étendue vers le tiers moyen du bord de la grande scissure interlobaire. La grande cavité de l'arachnoïde contient environ deux cuillerées de sérosité limpide. Cette membrane conserve, soit à la convexité, soit à la base, sa transparence normale; mais la pie-mère offre une vive injection, sans trace d'infiltration séreuse ou purulente. Les ventricules latéraux contiennent à peine une cuillerée de sérosité; ils ne sont pas dilatés et ne communiquent point ensemble, la cloison qui les sépare étant intacte.

A la partie inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit, existe un ramollissement de couleur lie de vin, entièrement borné à la substance corticale, et occupant un pouce carré d'étendue. La moitié antérieure du corps strié du même côté, offre une saillie notable et un ramollissement de couleur lie de vin. La couche optique, ainsi que les autres parties de la substance encéphalique, qui forment les parois du ventricule sont exempts d'altération. Toutes les circonvolutions de la partie convexe du lobe antérieur de l'hémisphère gauche offrent un ramollissement de même nature que le précédent. La pie-mère ne peut être détachée sans entraîner une certaine quantité de pulpe diffluente. Le corps strié gauche présente la même altération que le droit. Le cervelet et la protubérance sont à l'état sain.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Poitrine. Les poumons sont libres d'adhérences; ils n'offrent qu'un léger engouement de la partie postérieure; ils ne contiennent pas un seul tubercule.

Abdomen. La muqueuse gastrique présente des rides nombreuses à sa surface, dont quelques-unes offrent quelques légères érosions. Cette membrane est rouge et notablement épaissie; autour du pylore existe un mamelonnement très-prononcé. Dans l'intestin grêle on aperçoit quelques légères rougeurs d'espace en espace. Du reste pas d'altération des follicules agminés et isolés. Ponctué noir de la muqueuse du gros intestin, dont la consistance est plus faible que dans l'état normal. Un ascaride lombricoïde est contenu dans l'estomac, et quatre ou cinq dans l'intestin grêle.

A cette observation nous en joindrons une autre de myélite, recueillie dans un autre service; nous la publierons dans le prochain numéro.

N° DU 29.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Roux.

Pupille artificielle. — Réflexions sur ce point de médecine opératoire.

Rien n'est en vérité plus délicat pour l'exécution, rien n'est plus beau dans ses résultats lorsqu'ils sont heureux, que la formation d'une pupille artificielle. Percer convenablement une nouvelle voie à la lumière à travers le diaphragme irien, alors que la pupille naturelle est absente ou organiquement obstruée, tel est le but de l'opération dont nous allons parler. Mais l'art atteint-il souvent, dans ce cas, le but qu'il se propose? *Hoc opus!*

Sous ce dernier rapport, l'on ne pourrait mieux comparer, je crois, la pupille artificielle qu'à l'anus contre-nature, artificiellement pratiqué sur un point de l'enceinte abdominale alors qu'il y a absence congénitale du rectum. C'est déjà dire assez, par cette comparaison, que, malheureusement, la main la plus habile réussit à peine une fois sur vingt à faire *convenablement* sur le vivant une pupille artificielle qui soit durable. La mollesse et la délicatesse de l'organe sur lequel il faut agir, l'iris, l'imperfection de nos instrumens, la vascularité très-abondante et la sensibilité exquise de la toile pupillaire rendent suffisamment raison de la proposition qui précède.

Cinq fois j'assistai Forlenze, à Paris, dans des opérations de pupille artificielle qu'il pratiqua par excision (*corectomie*); quatre fois je vis M. Roux faire la même opération; deux fois je fus présent à la formation d'une nouvelle pupille, que M. Dupuytren exécuta avec son habileté ordinaire en décollant une portion de l'iris du ligament ciliaire (*corodialisis*); trois fois enfin, j'observai M. Sanson mettre très-habilement en exécution cette dernière méthode; mais hélas! il faut le dire, sur ces quatorze individus opérés, en ma présence, de pupille artificielle, l'opération n'a eu qu'une seule fois des suites heureuses. Ç'a été sur un jeune homme opéré, il y a quelques jours, à l'hôpital de la Charité, et dont nous allons rapporter l'histoire.

— Un jeune homme, âgé de 17 ans, habituellement

bien portant et clairvoyant, fut, il y a deux ans, frappé d'un coup de pierre à l'œil droit. Il perdit complètement la vue de ce côté par suite de cet accident : l'organe visuel s'atrophia.

Depuis cette époque, l'autre œil, auparavant sain, devint spontanément malade. Iritis chronique. Oblitération de la pupille. Cécité presque complète. Il distingue seulement le jour de la nuit.

A son entrée à l'hôpital, le 15 novembre 1834, ce malade nous a offert l'état suivant :

OEil droit perdu sans ressource ; œil gauche conservant ses dimensions naturelles ; cornée entièrement transparente ; chambre antérieure libre ; iris décoloré et couvert de flocons légèrement jaunâtres, signe certain de la phlogose irienne dont j'ai parlé ; pupille presque entièrement oblitérée et immobile (*phthisis pupillæ*) ; bord pupillaire et surface rétro-irienne manifestement adhérens à la cristalloïde antérieure (*synechia posterior*) ; faculté visuelle de la rétine, intègre. Légère affection convulsive des nerfs palpébraux (*acititatio.*)

L'indication à remplir ne pouvait être un seul instant douteuse chez ce malade. Le cas de percer une pupille artificielle s'offrait ici avec des circonstances très-favorables. On y a procédé de la manière suivante :

Le malade et l'opérateur placés comme pour l'opération de la cataracte, un grand lambeau a été pratiqué à la cornée comme pour extraire le cristallin. Ensuite, à l'aide d'une très-petite érigne double à coulisse, le chirurgien a accroché le bord pupillaire dans l'intention de l'attirer vers l'ouverture cornéenne et en exciser une partie avec des ciseaux courbes sur le plat ; mais cela a été impossible. La substance de l'iris se déchirait, s'en allait par lambeaux filamenteux à la moindre traction.

Ces manœuvres, répétées plusieurs fois en vain, étaient très-douloureuses pour les malades. On a eu recours aux pinces ; pas mieux ; l'iris adhère au cristallin et ne cède pas sans se déchirer. L'opérateur a alors pratiqué transversalement une incision de quelques lignes dans la substance de l'iris à l'aide du même bistouri à cataracte ; a introduit ensuite plusieurs fois les mêmes érignes, les ciseaux courbes et la curette, et est parvenu de la sorte à enlever une bonne partie des deux bords de cette incision irienne, de manière à former une belle ouverture presque ronde dans le diaphragme oculaire, un peu au-dessous de l'endroit de la pupille naturelle.

Cette nouvelle ouverture a donc plutôt été faite par déchirement et presque par arrachement successifs, que par véritable excision ; mais je défierai qui que ce soit à faire autrement dans les cas de forte synéchie postérieure comme celui-ci. Enfin, avec son habileté connue, le professeur a procédé à l'extraction du cristallin à travers cette même ouverture nouvelle, et l'opération a été terminée. Le malade a parfaitement distingué les objets qu'on a présentés à sa vue après l'opération : la nouvelle pupille a paru très-large et très-solidement faite ; tout nous promet, en un mot, un succès durable.

Pour que cette observation soit réellement complète, il faudrait que nous pussions observer le malade un an, deux ans après sa sortie de l'hôpital, et voir si le bienfait de l'opération n'aurait pas été démenti par le temps : mais on sait combien cela est difficile. Nous promettons pourtant de rendre un compte parfait de l'état de ce jeune homme au moment où il quittera l'hôpital.

Sur les quatorze opérations de pupille artificielle que je vis pratiquer par des mains très-exercées, et dont je conserve encore dans mes cahiers tous les détails, je ne pus pas m'empêcher d'être frappé de quelques circonstances remarquables dont je vais parler.

1° Chez deux individus opérés par M. Roux en 1830 et 1831, et chez les cinq autres opérés par Forlenze, la cornée étant tachée d'un leucome large et épais vers son hémisphère supérieur et externe, l'incision ou le lambeau de cette membrane a été pratiqué supérieurement et à travers la partie même leucomateuse, afin de ménager la portion transparente de la cornée. Bien que chez ces malades l'opération ait été infructueuse par des raisons indépendantes du chirurgien, j'ai observé que chez tous les sept, le lambeau leucomateux s'est parfaitement réuni par première intention.

Ce ne sera donc pas sans étonnement qu'un praticien consciencieux, habitué à prendre la nature pour guide de ses opinions, pourra lire cette sentence formelle de M. Velpeau :

« Si l'on pratique l'incision, dit ce chirurgien, sur la portion leucomateuse au contraire, il est à craindre que la plaie ne se transforme en ulcère, ne suppure, et n'amène la fonte de l'œil. (Méd. opér., t. I, p. 769.) »

Je crois que cette erreur de M. Velpeau est ici d'autant plus pernicieuse, qu'elle déterminerait le jeune opérateur à pratiquer le lambeau sur la partie transparente de la cornée, ce qui ferait le plus souvent manquer l'opération et mettre le malade dans les conditions les plus défavorables ; car la cicatrice consécutive obscurcirait sans ressource la sphère visuelle.

D'ailleurs, cette opinion du chirurgien de la Pitié est entièrement contraire à tout ce que les meilleurs pathologistes ont écrit sur cette matière.

2° Chez les sept opérés ci-dessus, où la cornée a été incisée dans son hémisphère supérieur, et chez les cinq autres opérés à l'Hôtel-Dieu par décollement de l'iris, l'opération n'a jamais pu être convenablement achevée. A peine quelques vaisseaux iriens étaient-ils rompus par l'instrument de l'opérateur, que les deux chambres de l'œil se remplissaient d'un sang noir qui empêchait le chirurgien de distinguer les manœuvres qu'il devait exécuter avec son instrument.

Jamais cet inconvénient ne s'est présenté lorsque la cornée a été ouverte inférieurement ; car alors le sang coule en dehors à mesure qu'il s'échappe des vaisseaux intra-oculaires.

Cette observation prouve que la chorodialisis est la plus mauvaise des méthodes, et comme opération, et comme remède. En outre, la même observation nous démontre que pour bien pratiquer la méthode de l'excision (qui, sans contredit, est la seule qui ait jusqu'à

ce jour donné quelques succès), il faut, autant que possible, inciser la cornée de manière que le sang de la blessure de l'iris puisse couler au-dehors à mesure qu'on manœuvre sur le diaphragme pupillaire.

3° J'ai remarqué que toutes les fois que la pupille artificielle a été exécutée sans extraire ou abaisser le cristallin, l'opacité consécutive de ce corps a été inévitable.

L'on conçoit en effet qu'il est presque impossible de percer de part en part la membrane iris sans piquer, contondre, blesser plus ou moins la lentille; de là cette cataracte consécutive. Nous croyons donc qu'on doit établir comme précepte de rigueur, d'extraire ou d'abaisser toujours le cristallin pendant la formation d'une pupille artificielle, quelle que soit d'ailleurs la méthode à laquelle on a donné la préférence.

4° Enfin j'ai observé que, même avec les instrumens les mieux imaginés et les mieux acérés, il est impossible de couper nettement la substance de l'iris. Cette membrane est si molle, si extensible, si peu rétractive à l'endroit où on la perce, qu'elle se laisse plutôt réduire en lambeaux, en filamens floconneux, que séparer régulièrement.

Dans deux cas où M. Roux voulait avec la petite pince à plaques fenêtrées de M. Maunoir, saisir un repli de l'iris pour l'inciser avec les ciseaux, cette membrane se déroulait en quelque sorte comme un peloton de charpie fine, ou plutôt comme les élémens d'un testicule en suppuration.

Il est bon d'être prévenu de cette circonstance, afin de ne pas être désappointé quand on va appliquer sur le vivant les méthodes de pupille artificielle, que certains auteurs font croire si faciles en écrivant du fond de leur cabinet.

Il y en a parmi ces méthodes et ces procédés qui n'ont jamais été exécutés, et qui sont même inexécutables. Observez, par exemple, la nouvelle méthode décrite par M. Velpeau comme lui appartenant. (*Ib.*, 760.)

Avec une sorte de lancette très-pointue, ce chirurgien veut qu'on incise deux fois l'iris, de manière à former une sorte de languette triangulaire dont le sommet doit flotter dans l'humeur aqueuse. Cette languette, abandonnée à elle-même, doit plus tard, suivant l'auteur, se rouler spontanément sur elle-même, comme un parchemin humide qu'on approche du feu, et laisser par conséquent une nouvelle fenêtre ouverte pour le passage de la lumière. C'est là, à mon avis, une véritable utopie chirurgicale. ROGNETTA.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. BAUDELOCQUE.

Observations d'encéphalite et de myélite.

(Suite du n° précédent.)

Deuxième observation. — Joséphine Wilson, âgée de dix ans, récemment arrivée de Londres à Paris, fut prise, dans la journée du 10 octobre, sans cause connue, de frissons, de douleurs contusives dans les membres et de fièvre. Elle éprouva pendant les deux jours qui suivirent plusieurs vomissemens et une épistaxis. Elle ne fut pas obligée de s'aliter; mais dans la nuit du 13 au 14, de vives douleurs se manifestèrent aux épaules et aux mains, qui ne présentaient ni gonflement, ni rougeur; les douleurs se dissipent dans la matinée pour reparaître plus vives peu de temps après. A ces symptômes se joint une constipation opiniâtre qui résiste aux lavemens. On fait prendre à la malade deux bains tièdes et on lui administre des boissons insignifiantes.

Le 16, jour de son entrée à l'hôpital, le décubitus a lieu sur le dos; mouvemens des membres et du tronc très-douloureux; l'intelligence est nette, ainsi que la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût; les mouvemens des membres sont très-bornés, la sensibilité y est obtuse; dyspnée sans toux, sans douleur thoracique : 124 pulsations, 44 inspirations par minute; la constipation persiste.

Le 17, huitième jour de la maladie, la douleur a abandonné les mains et se fait vivement sentir dans les épaules et les bras. La malade sent faiblement avec les deux mains. Le ventre présente dans le flanc gauche des tumeurs dures, que leur siége et l'opiniâtreté de la constipation font reconnaître pour des matières fécales. Du reste il est souple et indolent, sans météorisme. La respiration est courte et faible, mais pure; le pouls donne 96 pulsations. Potion huileuse avec huile ordinaire et huile de ricin, *aa* 2 onces; poudre de Dower, 5 grains; demi-lavement de son avec huile de ricin; addition d'une demi-once de miel de mercuriale.

Le 18, neuvième jour, la respiration est gênée, haletante; la nuit, la respiration est pure, sans aucun mélange de râles; le timbre de la voix n'est pas modifié; la symétrie des traits de la face n'est pas dérangée; engourdissement des mains et des avant-bras, dont la sensibilité est très-obtuse; mouvemens bornés des doigts de la main droite, immobilité de ceux de la gauche. Les membres pelviens sont pareillement immobiles. Douleur vive dans les articulations scapulo-humérales, sans rougeur ni gonflement. 60 inspirations et 96 pulsations par minute. 20 sangsues sur le trajet du rachis; frictions avec un liniment opiacé sur le tronc et les membres.

Dans la journée, la respiration s'embarrasse de plus en plus; dans les mouvemens qu'on imprime à la malade pour la panser, elle se laisse déplacer tout d'une pièce. Elle meurt à minuit dans l'asphyxie, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Ouverture, 30 heures après la mort.

Habitude extérieure. Pâleur de toute la partie antérieure du corps, nombreuses ecchymoses de la partie postérieure; rigidité cadavérique très-prononcée.

Crâne. La voûte du crâne enlevée, on aperçoit le réseau vasculaire de la pie-mère fort injecté. Les sub-

stances corticale et médullaire sont également plus injectées que dans l'état normal ; leur consistance est naturelle. Pas de sérosité dans les ventricules. Le cervelet est à l'état sain.

Dans l'épaisseur de la moelle allongée, à une ligne environ de son union avec la protubérance, près des faisceaux restiformes, on remarque un ramollissement du volume et de la forme d'un petit pois, avec infiltration de sang rouge dans son épaisseur. Ce point tranche nettement avec l'état de la substance blanche environnante qui est entièrement saine, et conserve sa couleur et sa consistance normales.

Rachis. Le canal rachidien ayant été ouvert avec précaution pour ne pas confondre les parties molles, on remarque un notable ramollissement de toute l'épaisseur de la moelle épinière depuis la fin de la moelle allongée jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale. Au niveau du renflement cervical, ce ramollissement occupe surtout la partie centrale, ce que nous reconnûmes en posant à plat la moelle sur sa face antérieure ; puis écartant les deux lèvres du sillon postérieur de façon à déplisser son canal ; ce ramollissement central se présente sous la forme d'un détritus rougeâtre, sans trace de vaisseaux distincts, il est étendu en nappe ou disséminé et piqueté sur un fond de substance blanche ramollie à un moindre degré. Au-dessous du renflement cervical, il présente moins de rougeur, il paraît moins diffluent ; mais en revanche, la substance blanche qui lui est extérieure est beaucoup plus ramollie qu'à la région cervicale, de sorte qu'au cou le ramollissement affecte principalement l'intérieur de la moelle, et au dos l'extérieur. La pie-mère rachidienne est injectée ; l'arachnoïde est lisse et parfaitement transparente.

Les organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale ne présentent rien de remarquable. Aucun ne contient des tubercules.

N° DU 2 DÉCEMBRE.

HOTEL-DIEU DE TROYES.

Lipome d'une livre cinq onces au bras ; ablation; réunion immédiate ; angine tonsillaire ; violens troubles digestifs à la suite d'émanations très-fétides ; érysipèle œdémateux au bras opéré ; boursouflement subit de la cicatrice ; pourriture humide (pulpeuse) de Delpech ; convalescence rapide ; cicatrisation bien complète de la plaie ; guérison le vingt-deuxième jour. Faits analogues ; par M. Bédor, D. M. P.

La nommée Boucher-Mailly, de Villiers, près Piney (Aube), admise à notre hôpital le 6 octobre dernier et placée au numéro 30 de la grande salle des femmes (service de chirurgie), est âgée de 47 ans, mariée depuis dix-sept, et a eu six enfans. Sa stature est moyenne, sa conformation régulière, sa complexion très-sèche. On remarque sur sa face une coloration bilieuse dont la teinte s'est surtout rembrunie par suite de l'insolation dans les travaux des champs. Sa santé, le plus ordinairement solide, ne s'est pas même démentie un instant au plus fort de l'épidémie du choléra, quand elle a vu deux de ses enfans en être attaqués et mourir. Cette femme n'est plus menstruée depuis deux ans.

Il y a une quinzaine d'années qu'il lui survint, au côté externe du bras droit, sans qu'elle se rappelât y avoir jamais reçu aucun coup, une tumeur hémisphérique d'abord très-peu volumineuse. Cette tumeur, développée sans altération de la peau, n'a plus cessé depuis de s'accroître graduellement.

Des douleurs lancinantes passagères se manifestaient par fois dans l'épaisseur de cette masse de plus en plus incommode ; mais son poids, les chocs fortuits qu'elle recevait et la gêne apportée aux travaux rustiques de cette femme, par la difformité qui en résultait pour son bras droit, la chagrinaient bien plus encore que ces passagères douleurs.

L'incommodité lui en devint, à la fin, tellement insupportable qu'elle s'est vue, dit-elle, plus d'une fois tentée de s'en débarrasser elle-même d'un coup de serpe ou avec le rasoir à barbe de son mari. Les chirurgiens de sa commune qu'elle avait consultés s'étaient tous formellement refusés à l'en délivrer. Tous, au surplus, l'engageaient fort à se rendre à Paris.

La femme Boucher-Mailly vint d'abord à Troyes. S'y étant présentée à mon examen, dans le cabinet de notre hôpital destiné aux consultations externes pour les cas de chirurgie, je la détournai sans peine d'aller plus loin ; ce dont sa pauvreté la rendait peu envieuse.

Déformé par cette tumeur, le bras qui la supportait, quoiqu'uniquement vêtu d'une manche assez mince et collante, n'en produisait pas moins au toucher comme à la vue, absolument le même effet que s'il avait été garni d'un de ces coussins ouatés qu'au moment où j'écris ces lignes les couturières enchassent encore dans les vêtemens des femmes (en province du moins) sous le singulier nom de gigots.

En découvrant ce bras, la tumeur qui le surmontait apparaissait, pour la forme et le volume, comme un melon de moyenne grosseur. Son diamètre, d'avant en arrière, était d'un demi-pied, et sa saillie, au centre de la face externe du bras, de la même dimension. Son étendue verticale entre l'épaule dont elle tendait la peau et le coude vers lequel s'abaissant en manière de besace, elle la sillonnait au contraire par un pli antéro-postérieur, était de cinq pouces et demi. Elle se montrait flasque et mollette dans sa masse générale et dans ses parties sous-cutanées les moins profondes ; mais, sous plusieurs bosselures grosses comme des noix dont elles étaient parsemées, elle présentait au contraire, en la palpant profondément, surtout vers son centre, une masse très-dure au tact et très-résistante à la pression.

La peau, qui se montrait sans altération sur cette tumeur en général, avait cependant une teinte carminée un peu vive sur son point le plus saillant. On la voyait aussi parcourue dans toute sa moitié interne par des ramifications veineuses très-multipliées.

A l'examen que j'en voulus réitérer, de concert avec mes collègues, avant de procéder à l'ablation de cette tumeur, opération que j'avais jugée nécessaire dès le premier coup d'œil, les avis furent très-partagés sur sa nature et son contenu. C'est qu'en effet, pour décider une pareille question avant qu'un instrument ait pénétré dans la tumeur, les conjectures ne sont pas moins difficiles à bien établir aujourd'hui qu'elles paraissent l'avoir été au siècle de Celse aussi bien qu'aux temps intermédiaires entre ce siècle et l'époque actuelle, et que le reconnaissent d'ailleurs encore dans leurs ouvrages, Boyer, M. le professeur Cruveilhier, etc. La même division d'opinion ne se montra toutefois nullement sur l'indication à remplir. Il fut au contraire admis de suite et d'une voix unanime dans cette consultation, qu'il y avait nécessité de se rendre au desir exprimé par la femme consultante, et qu'il fallait employer l'extirpation pour la délivrer de sa tumeur enkystée ou non, et soit que son contenu dût se montrer analogue au miel, à la bouillie, au suif, à la graisse naturelle ou à toute autre substance prise par les anatomo-pathologistes dans l'économie ou ailleurs.

Le lendemain de l'entrée de la femme Boucher-Mailly, à l'issue de ma visite du matin, le 7 octobre dernier, je procédai à cette ablation, assisté de mes confrères.

Ayant fait asseoir la malade sur un siége un peu haut, et plusieurs aides l'entourant pour l'appuyer, prêts à la contenir en cas de mouvemens imprévus, je cernai la tumeur par deux incisions semi-elliptiques, dont les extrémités se rejoignaient angulairement l'une vers l'épaule et l'autre vers le coude. Je ne laissai adhérer dans leur intervalle sur la masse à extirper, qu'environ un tiers des tégumens qu'elle soulevait, que je taillai comme un quartier d'orange.

A peine eus-je commencé à inciser la peau, que je vis se bosseler, dans l'écartement de mes incisions, les lobes graisseux qui saillissaient à mesure qu'ils devenaient libres de leur enveloppe. Ils me révélèrent ainsi tout d'abord, comme aux assistans, partagés d'opinions sur ce point, la nature purement lipomatique de la tumeur que j'opérais.

Par une dissection rapide, j'isolai sur ses deux côtés cette masse graisseuse de la peau à conserver, qui enchâssait sa base d'implantation. Je pris soin, dans cette dissection, d'épargner les veines ramifiées sur le côté interne, dont aucun rameau principal ne fut ainsi ni détaché, ni ouvert. Je l'isolai ensuite vers le haut et dans le bas, de la face superficielle des muscles (portion inférieure du deltoïde, portion externe du triceps brachial), sur lesquels elle reposait. L'ablation fut complète en moins de deux minutes.

J'étais muni de la pince à torsion de M. Amussat, pour y avoir recours si quelque artériole avait donné; mais je n'eus pas plus à m'en servir que d'aucun autre moyen hémostatique. A peine s'écoula-t-il deux onces de sang pendant l'opération, et la plaie nettoyée et laissée béante quelque temps, cessa spontanément de saigner.

Mon opérée, qui avait subi toute cette excision sans proférer la moindre plainte, me déclara, ainsi qu'aux assistans, que sa souffrance avait été fort au-dessous de ce qu'elle s'attendait à en éprouver.

Les bords de la plaie, ramenés dans le sens de la réunion, s'affrontaient très-immédiatement dans toute leur étendue. Ils furent fixés dans cet état de rapprochement par des bandelettes agglutinatives, puis couverts d'un linge fenêtré et de charpie mollette. Enfin le tout fut maintenu par l'appareil ordinaire.

Une défaillance survint pendant le pansement. Elle fut incomplète et dura très-peu. L'opérée voulut même ensuite à toute force ne pas être soutenue pour regagner son lit, ce qu'elle fit d'un pas ferme.

A l'examen de la tumeur, qui n'était, comme on l'a vu, nullement enkystée, dans quelque sens et sur quelque point qu'on la divisât, à sa superficie et dans son centre, elle ne présentait absolument qu'une masse de graisse.

Cette substance, à l'état le plus ordinaire, avait une belle couleur citrine, et ses flocons abondans se montraient contenus dans des aréoles très-élargies de tissu cellulaire. La masse extirpée, placée dans une balance, pesait une livre cinq onces.

Premier jour de l'opération. Au milieu de la journée, pouls fréquent et élevé: face colorée d'un vermillon qui domine vivement la teinte foncée de la peau. La malade interrogée ne se plaint de rien. Diète; limon. gomm.

Le soir, pouls un peu calmé. Elle se plaint uniquement du bruit des rues de la ville, sans lequel il lui semble, dit-elle, qu'elle dormirait si bien.

Deuxième jour. Très-bon état général; gaîté. La malade s'est levée et fait habiller sans éprouver, dit-elle, aucune souffrance. Une faible exsudation sanguinolente traverse à peine l'appareil extérieur. Soupe légère.

Troisième jour. Mauvaise nuit. Pouls à peine fébrile, mais état de malaise général; tuméfaction à l'avant-bras et à la main. Le bandage devient trop serré. Diète; renouvellement en entier du premier appareil, sauf les bandelettes.

Quatrième jour. Boursouflement de la peau qui proémine entre les bandelettes, où elle se montre infiltrée. Une phyctène piriforme, remplie de sérosité citrine, apparaît sur un point de ce boursouflement. Dans une étendue de dix lignes, au centre de l'incision, ses lèvres semblent refuser de se réunir; elles sont déjà très-bien recollées partout ailleurs. Section des bandelettes qui entourent le bras, divisées par un coup de ciseaux dans la région opposée à celle de la plaie, afin de les relâcher sans cesser de soutenir les bords recollés.

Cinquième jour. Diminution du boursouflement cutané. Les chairs, un instant abandonnées à elles-mêmes par l'enlèvement des anciennes bandelettes, se montrent solidement réunies, sauf au point central de la plaie. Quelques bourgeons charnus s'élèvent sur sa surface; elle est comme linéaire, n'ayant pas trois lignes de largeur sur une longeur de plus de six pouces, lieu de suppuration. L'état général est parfait. Renouvellement total des bandelettes.

Sixième jour. Suppuration devenue très-abondante; de nature séreuse et mêlée de lymphe d'une teinte citrine. La peau du bras est pâteuse, et les bandelettes y produisent leur empreinte. Sur les dix lignes de la plaie où la réunion a jusqu'alors échoué, l'ouverture a lieu dans toute l'épaisseur des tégumens. Il est survenu de la fièvre. Un étourdissement a forcé la malade à se recoucher. Trois pansement dans le jour; changement de place des bandelettes à chaque renouvellement.

Septième jour. Nuit pénible; agitation fébrile; diminution de la suppuration. Une angine tonsillaire médiocrement intense s'est déclarée. Les régions de la peau qui ont recouvert le lipome extirpé présentent de la rougeur; mais leur adherence avec les parties sous-jacentes ne me paraît pas douteuse. Garg. ad.; catapl. au-devant du col; pédil. sinap.

Huitième jour. Alternatives d'exacerbation et de rémission de l'état fébrile. L'angine s'accroît peu. Même état du bras opéré.

Neuvième jour. L'angine tend visiblement à se resoudre. Cicatrisation avancée de la plaie, qui a très-bon aspect.

Dixième jour. Coaptation entièrement obtenue dans toute l'étendue de la plaie. Quelques petits bourgeons charnus s'élèvent seulement encore sur quelques points de la cicatrice. L'angine est guérie. Des frissons fébriles qui ne surviennent qu'une heure après que la malade est levée, se dissipent dès qu'elle se recouche.

Onzième jour. Très bon état. Toutes les bandelettes sont ôtées.

Douzième jour. Continuation. Le pansement est de plus en plus simple.

Treizième jour. Etat fébrile. Désordres digestifs. Elle a été fort incommodée la nuit par le voisinage d'une rhumatisante prise tout-à-coup de vomissemens, de selles répétées, et en proie à des sueurs abondantes très fétides. Elle a vomi elle-même toute la journée. Prompt éloignement de ce foyer vivant de fétidité.

Quatorzième jour. Nuit plus calme. Les vomissemens, cessés pendant la matinée, reviennent après midi. Rougeur érysipélateuse très-prononcée au pourtour de la cicatrice. Apparition, sur les quelques bourgeons charnus qui s'y trouvent encore, de plaques couenneuses grisâtres qui les montrent entachés de pourriture nosocomiale à forme pulpeuse. Sensibilité de la région épigastrique. Cataplasme sur cette région, etc.

Quinzième jour. Accroissement serpigineux de l'érysipèle. Persistance des mêmes symptômes d'accidens consécutifs, malgré l'éloignement de leur principale cause apparente. 20 sangsues à l'épigastre; lotions avec la décoction de racine de guimauve et fleur de sureau, sur l'érysipèle (1).

Les piqûres saignent abondamment. Rémission générale très-prononcée le soir. Les liquides et du bouillon même, pris sans mon aveu, n'ont plus été rejetés.

Seizième jour. Rougeur très-vive de la langue. Etat fébrile, mais peu intense. Continuation des progrès de l'érysipèle, qui s'étend au côté externe de l'avant-bras, et devient phlicténoïde vers le pli du coude. Il s'y joint une œdématie très-pâteuse et gardant l'empreinte des tours de bandes, même les moins serrés, qui contiennent l'appareil. Les plaques couenneuses de pourriture humide, larges comme des lentilles, se sont multipliées à la surface des points encore mal cicatrisés, et ceux qui le paraissent le mieux se boursouflent. Touché fréquemment avec le nitrate d'argent. Pansé sans envelopper aucunement ce bras érysipélateux, en soutenant le long et très étroit appareil mis sur la plaie, par de courtes bandelettes aglutinatives.

Dix-septième jour. Troubles généraux bien moins prononcés. Etat plus naturel de la langue. Extinction de l'érysipèle au bras, où il est en pleine desquammation; mais accroissement de son intensité au côté externe de l'avant-bras, où il a gagné jusqu'à la main.

Dix-huitième jour. Un sentiment général d'abattement domine seul. Tristesse, inappétence. Pouls à peu près naturel, seulement un peu faible.

Dix-neuf, vingt et vingt-unième jours. Les désordres fonctionnels disparaissent progressivement, quoique l'érysipèle de l'avant-bras paraisse encore un peu tenace.

Le vingt-deuxième jour. Le rétablissement de la malade est complet. L'avant-bras, qui était érysipélateux, s'est ridé et dépouillé de ses dernières squammes.

Il ne reste plus de l'extirpation subie qu'une cicatrice linéaire qui s'étend depuis un peu plus haut que l'insertion inférieure du muscle deltoïde, jusqu'à un demi-pouce au-dessus du niveau du pli du coude.

Le surlendemain la malade, fort contente, sort de l'hôpital, et repart pour son village en très-bon état.

— Les troubles généraux survenus pendant et après mon ablation du lipome de la femme Boucher-Mailly, quelque facilement et rapidement qu'elle ait été pratiquée, me paraissent manquer si rarement de se manifester plus ou moins en pareil cas, que j'en suis porté à croire que les opérations où il y a dissection sont surtout sujettes à les occasioner.

Entre toutes celles du pays que j'habite dont je conserve la mémoire, comme ayant été suivies d'accidens vraiment disproportionnés et avec la simplicité de l'opération et avec la petite étendue de la plaie qui lui succédait, je compte l'extirpation certainement fort bien pratiquée d'une tumeur enkystée de la face dorsale du poignet. Cette tumeur s'était développée chez une dame des environs de Troyes, laquelle, voulant à toute force en être débarrassée au moyen de l'opération, le fut, en effet, par l'un de mes plus honorables confrères de cette ville, qui m'avait appelé en consultation près de la malade.

(1) Je ne me suis pas senti porté à opposer à celui-ci les frictions mercurielles, quoiqu'elles me réussissent fréquemment. Je pense d'ailleurs un peu, sur les traitemens de l'érysipèle, comme le docteur Perdrix.

N° DU 4.

HOTEL-DIEU DE TROYES.

Service de M. Bédor.

Lipome d'une livre cinq onces; ablation; faits analogues.

(SUITE DU N° PRÉCÉDENT.)

Le surlendemain de l'opération, que la malade dont nous parlons avait fort bien supportée, des troubles généraux graves se manifestèrent. Ils revêtirent bientôt le fâcheux caractère des symptômes typhoïdes, auxquels vinrent s'unir des signes de tétanos qui compromirent pendant plusieurs semaines la vie de cette opérée. Sa plaie, dans le pansement de laquelle je ferai remarquer, sans en rien vouloir induire ici, qu'on n'avait pas employé la réunion immédiate, fut bien plus longue à se cicatriser, quoiqu'elle eût beaucoup moins d'étendue que celle de mon extirpation de lipome.

Cette opérée de mon honorable confrère, n'a du reste éprouvé aucun autre accident consécutif. Son opération date déjà d'un bon nombre d'années, et l'on n'a recouru chez elle, non plus que chez d'autres qui vont également bien, à l'emploi d'aucun exutoire.

La nécessité constante de cet emploi en pareil cas, semble toutefois des mieux démontrée à M. Jacques, vice-président de la société de médecine pratique. C'est appuyé sur sa longue expérience, et en concluant d'un nombre imposant de faits dont il a entretenu cette société dans sa séance du 9 octobre dernier qu'il en établit le précepte. (Voir *Gaz. des Hôp.*)

Mettant cet avis à profit, j'aurai soin de me faire tenir au courant de l'état de la femme Boucher-Mailly, pour conseiller de recourir à l'exutoire s'il y a lieu.

Cependant j'ai déjà supprimé beaucoup d'anciennes tumeurs sans avoir jusqu'à présent reconnu cette nécessité.

Je suis loin, certes, de songer à citer ici, même sans détails, toutes les tumeurs de différentes régions, mais surtout du cuir chevelu ou de la face, dont j'ai pratiqué l'extirpation; je me bornerai à quelques brièves mentions des principales.

Dans l'année de ma vie la plus efficacement scolastique, celle que j'ai passée attaché à l'hôpital maritime du bagne de Brest, dirigé dans mon service et mes études par le savant Gérard Girardot, trop tôt ravi à la science, le hasard m'en a fait avoir un nombre étonnant à extirper coup sur coup. Je le devais à un vieux condamné dont l'époque de libération approchait, et que j'avais un jour délivré d'une pareille tumeur du cuir chevelu, sans qu'il eut interrompu ses travaux.

Sortant journellement, il m'amenait depuis lors pour les opérer tous les individus qu'il pouvait découvrir porteurs de loupes, et qu'il décidait à s'en faire débarrasser. J'avais ainsi réuni dans un pupître une grosse poignée de ces tumeurs desséchées de divers volumes. Leurs extirpations avaient toutes été presque aussi heureuses que celle de l'introducteur des gens qui les portaient auprès de moi.

— Le sieur Fays, actuellement bottier à Troyes, rue Moyenne, en porta une plusieurs années, qui avait le volume d'une grosse noix, située près du petit angle de l'œil droit.

Cette tumeur, toujours croissante, gênait sa vue de ce côté. J'en fis la dissection après avoir découvert le kyste par une incision en T des tégumens. J'employai ensuite la réunion immédiate, et, bien que la cicatrisation ne s'en soit pas tout-à-fait opérée par première intention, au bout d'une quinzaine de jours elle était complète.

Je le rencontre souvent, et à peine en voit-on la cicatrice en l'examinant bien. Elle m'en rappelle toujours une autre que j'ai revue plus d'une fois avec plaisir et peine. C'est celle d'une pareille opération jadis pratiquée à un officier de marine (M. Lafarre), par mon plus cher condisciple à Brest, Melchior d'Orbigny.

J'en ai, vers le même temps, excisé une du volume d'une noisette, qui s'était formée sur la langue d'une jeune demoiselle. Après l'avoir liée et, comme elle souffrait, en feignant de vouloir couper seulement les fils, je la fis tomber d'un coup de ciseaux. Trois jours après la plaie était cicatrisée.

Quoique je pratique volontiers ou voie pratiquer de ces ablations reconnues nécessaires, on doit bien penser que je détourne toujours un consultant de se faire extirper quelque tumeur que ce soit, dès qu'elle ne constitue qu'une difformité sans inconvénient. J'encourage fort alors, dès qu'elles sont stationnaires, à n'y pas toucher.

— Un jardinier septuagénaire appelé Rible, avait une loupe aussi volumineuse que le lipome de ma dernière opérée, mais située au-dessous de la crête iliaque gauche. Il l'a emportée dans la tombe après l'avoir eu stationnaire trente ans et plus, sans en être gêné. Elle ne me nuit pas, me disait-il, et me sert même au contraire en soutenant la ceinture de mon pantalon sans bretelles.

— Ces jours derniers, j'ai été appelé en consultation par le docteur Delaine, pour un cas analogue. C'est une dame qui porte une tumeur d'apparence graisseuse, et dont le siége au dos rappelle, sinon par l'énormité de son volume, au moins par sa situation, celle que cite Chopart, dont la grosseur monstrueuse obligeait de la soutenir avec des liens, et qui, dit-il, sans témoigner le moindre doute sur cette étiologie, était l'effet d'un coup de poing.

Convenons que si une semblable cause devait avoir généralement le même effet, les loupes se multiplieraient bien davantage autour de nous. Quoi qu'il en soit, mon confrère, qui avait amené sa malade à vouloir bien subir l'extirpation dont il m'offrait de me charger, si je l'eusse jugée nécessaire, avait déjà obtenu, par la simple application sur sa tumeur de compresses imbibées de la solution ammoniacale conseillée

par Boyer, une diminution notable dans le volume de cette tumeur.

Mon avis fut en conséquence de ne pas nous hâter de recourir à l'instrument, et qu'il fallait persister dans les applications déjà faites, puisqu'elles se montraient efficaces.

Selon toutes les apparences, la tumeur en question était encore de nature lipomateuse.

Le mot lipome n'a été l'objet d'aucun article dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, dont le onzième volume, contenant la lettre L, a été publié il n'y a pas long-temps. Il paraît toutefois que cette omission n'a pas été décidée à l'avance, car M. P. F. Blandin, en traitant le mot Loupe dans le même volume, et croyant sans doute qu'il y avait un article Lipome dans l'ouvrage, renvoie le lecteur à cet article qui n'existe pas.

Quoi qu'il en soit, ce nom, proposé par Littre au commencement du siècle dernier, pour désigner les tumeurs qui ne contiennent qu'une graisse molle absolument exempte d'altération, ce nom me paraît aussi convenable qu'utile à conserver. C'est dire assez que je ne saurais me rallier ici à l'opinion de l'illustre Morgagni, quand il se montre enclin à rejeter cette dénomination, en s'appuyant sur ce que les anciens, qui avaient observé de ces tumeurs graisseuses, ne leur avaient imposé aucun nom particulier.

Je trouve encore moins concluans les motifs allégués dans le même but par Chopart. Il me semble en effet assez difficile de ne pas reconnaître que ce futur lauréat de l'académie royale de chirurgie, en cajolait ainsi le célèbre et non moins influent secrétaire perpétuel, qui s'était montré hautement défavorable à l'opinion de Littre en cette occasion.

Cependant, une logique rigoureuse n'en exige pas moins, à mes yeux (si les noms de mélicéris, d'athérome et de stéatome ne sont pas rayés dans notre vocabulaire et remplacés par le seul nom générique de loupe), qu'on ne veuille pas davantage abandonner et y rayer celui de lipome. Ne constate-t-il donc pas tout comme les trois autres une différence réellement essentielle dans l'état de la matière que contient la tumeur? Je me prononce tout-à-fait pour l'affirmative.

La manière de caractériser ce genre de tumeurs, qui me semble la plus judicieuse entre toutes, est la suivante :

« Les lipomes (ordinairement confondus sous le nom de loupes avec les tumeurs enkystées) ne sont autre chose qu'un embonpoint local borné à quelques cellules du tissu cellulaire. »

Je revois donc avec plaisir cette pensée, à mon gré si satisfaisante, conservée et rendue en termes non moins exacts, par l'ingénieux auteur qui, dans sa systématisation fort rationnelle, a rapproché les lipomes ou, dit-il, les polysarcies partielles de l'obésité ou de la polysarcie générale (1).

Ici je me félicite d'avoir à le reconnaître, je me trouve entièrement d'accord avec ce spirituel médecin controversiste. Il me semblerait en effet beaucoup moins convenable de nommer, par exemple encore, comme on l'a fait dans un des livres publiés sous le même titre que celui de M. Dubois d'Amiens, mais qui ne me parut jamais appelé par le sort à jouir dans le monde médical de la brillante destinée qui me semble assurée à celui-ci, de nommer, dis-je encore, le stéatome et le lipome des sarcomes cellulaires solides. Quelques lignes plus bas, j'ai toutefois le regret de m'éloigner aussi complètement de la manière de voir qu'exprime notre plus moderne écrivain cité, que je m'en approchais d'abord. C'est lorsque cet auteur, même appuyé sur l'autorité bien imposante à mes yeux de Delpech, déclare qu'il trouve peu fondées les distinctions établies entre le stéatome et le lipome. Je les trouve au contraire, on l'a déjà pu voir, plus fondées qu'il ne faut pour devoir être conservées. Je trouve d'ailleurs peu concluant le fait qu'à l'appui de cette décision notre auteur rapporte avoir été constaté plus ou moins souvent par M. le professeur Marjolin.

Et qu'importe en effet, sous ce rapport, que la même tumeur puisse présenter deux portions, dont l'une soit lipomatique et l'autre stéatomateuse? cela prouve seulement, je pense, que deux altérations maladives nullement identiques, peuvent se trouver réunies dans une petite étendue. Il s'y en pourrait même trouver trois par le développement d'une verrue sur la peau de cette même tumeur, etc.; mais tout cela ne fait certes pas qu'un tissu de notre organisme, qui vient à le troubler par simple accumulation sur un point, ne s'y accumule qu'altéré ou près de s'altérer, même quand il ne l'est aucunement.

Tous les traits acérés qu'a montré savoir lancer notre rude joûteur en polémiques médicales, contre les gens qu'il aperçoit sur sa route lorsqu'il travaille, comme il le dit, à déblayer le terrain avant d'édifier, dussent-ils être attirés sur moi, par ma contradiction avec lui sur ce point, je ne renoncerais certainement pas à distinguer le lipome du stéatome. Je ne me rendrais pas plus à cet égard devant l'auteur de notre nouvelle Pathologie générale, que celui des Essais historiques sur Paris, en face de l'adversaire plus fort breteur que lui, qui le transperçait périodiquement de sa pointe de duelliste, ne reconnaissait pour cela qu'un chétif déjeûner en soit jamais un bon.

Entre les autorités que je crois pouvoir appeler encore à mon aide pour conserver le mot lipome, j'invoquerai ici celle de mon aimable professeur et illustre ami, M. le baron Alibert. Cet habile maître, incontestablement le nôtre à tous pour les maladies cutanées, en s'occupant des tumeurs que j'étudie ici, les a d'abord fait entrer dans sa famille des ethmoplécoses.

On pourra peut-être m'objecter qu'il a aussi d'abord employé le nom de loupes graisseuses au lieu de celui de lipomes. Je l'ai lu, je le sais. Comme toutefois ce dermatophile fait également usage du nom de lipome dans le même article, il m'est, je crois, bien permis

(1) Traité de Pathologie génér. Dubois d'Amiens, t. II.

d'en induire, et j'en induis qu'il n'est pas plus que moi pour le rejet de ce nom.

Dans tous les cas, l'autorité du professeur qui tient à l'époque actuelle en France le sceptre de la chirurgie, l'imposante autorité de M. le baron Dupuytren, qui fit, il y a trois ans, à Paris, deux extirpations de volumineux lipomes, ainsi qualifiés par lui-même, rend la question que j'ai soulevée ici bien définitivement jugée pour moi.

Hommages soient rendus à ce grand chirurgien de nos jours qui, non content d'avoir, par ses précieux travaux, le plus enrichi l'anatomie pathologique à notre école de médecine, y veut encore fonder, par un noble emploi d'une portion de sa fortune, une chaire spéciale sur cette intéressante partie de la médecine. Puisse-t-il voir lui même long-temps fleurir sa généreuse fondation!

Puisse le monde médical, dont les regards suivent toujours ce savant comme l'une de ses plus sûres lumières, avoir bientôt la joie de le savoir rendu à la santé. Puissé-je aussi, dès ma plus prochaine excursion vers l'Hôtel-Dieu de la capitale, vaste et digne théâtre de ses glorieux succès, y recueillir encore, confondu dans la foule studieuse qui se presse sur ses pas, les nouveaux fruits scientifiques de l'heureuse union qu'on trouve en lui du génie chirurgical, de l'habileté manuelle, du talent de bien dire et d'un immense savoir sur les branches désormais inséparables, dont se compose la science de l'homme malade!

Introduction par l'anus d'une sangsue, qui a été trouvée après la mort dans le cœcum.

Des circonstances particulières nous engagent à taire le nom de la ville où est arrivé le fait suivant qu'il nous a paru utile de livrer à la publicité.

M. T..., d'une forte constitution, habitué à des écarts de régime très-fréquens, revenant d'un pays étranger où une recrudescence du choléra se faisait sentir, dans le mois d'août dernier, fut pris subitement, une heure après son arrivée dans sa famille, de quelques prodrômes par lesquels s'annonçait cette épidémie. Plusieurs médecins furent appelés sur-le-champ, et trouvèrent le malade dans l'état suivant :

Les membres sont raides par des crampes générales; le facies est altéré; l'haleine, la langue et les extrémités sont froides; le pouls est petit et fuyant.

Toutes les conditions nécessaires pour favoriser une prompte réaction sont employées, et aussitôt que celle-ci s'est manifestée, on soumet le malade à un traitement antiphlogistique, et entre autres moyens thérapeutiques on lui pratique une assez forte saignée, et on lui fait une application de sangsues à l'anus. Ce fut vers les trois heures de l'après-midi qu'on commença cette médication, sans effet bien appréciable après les premières heures. A sept heures du soir, il y a une amélioration sensible, et à huit heures l'état du malade est tout-à-fait tranquillisant. Le pouls paraît se relever; les crampes ont presque entièrement disparu. Le facies est plus expressif, les extrémités se sont réchauffées. Le malade accuse un soulagement notable que ses médecins se plaisent à reconnaître.

A onze heures de la même soirée, les gens de sa maison courent en toute hâte chercher de nouveau les médecins, parce que depuis une demi-heure, le malade se trouve pris de violentes coliques. Deux de ceux-ci arrivent; il se plaint de douleurs semblables à celles qu'on produirait en pinçant les intestins. Il ne tarde pas à aller à la selle, et il rend des matières fortement mêlées de sang. Un lavement émollient lui est administré, il le rend avec des caillots de sang; un second lui est donné aussitôt après, et amène le même résultat que le premier. L'état du malade marche en s'aggravant; et, après avoir encore rendu du sang par le rectum, il est pris subitement d'une dyspnée des plus violentes, qui marche rapidement en augmentant, de manière à suffoquer le malade vers quatre heures du matin.

Le lendemain, plusieurs médecins se rendant à l'autopsie, sont témoins de ce qui va suivre :

Après avoir renversé sur la partie antérieure des cuisses la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, on procède à l'examen des viscères.

Les poumons sont très-fortement et très-abondamment gorges d'un sang noir et écumeux; leur tissu est sain d'ailleurs. Le cœur est volumineux, et l'oreille droite est très-dilatée par la présence d'une grande quantité de sang épais et foncé.

Le tube intestinal lié à ses deux extrémités, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du diaphragme d'une part, et vers la partie la plus inférieure de l'autre, on ouvre l'estomac qui présente dans le bas fond du grand cul-de-sac une large ulcération qui a détruit les membranes muqueuses et musculaires; la membrane séreuse reste seule.

L'intestin grêle est généralement sain. Cependant, à des intervales assez éloignés on remarque d'assez larges ulcérations de la muqueuse. Une nouvelle ligature embrasse de nouveau la partie inférieure de l'iléon; au-dessus de cette ligature on pratique une section transversale, afin de se débarrasser de toute la partie du tube digestif qui a été examinée. Le reste, en commençant par le rectum, est aussi soumis à l'investigation.

A trois pouces environ au-dessus de la section on aperçoit une ecchymose de deux à trois lignes de diamètre; il est facile de voir que cette auréole sanguine, qui est percée à son centre d'une petite ouverture, n'est que le résultat d'un épanchement de sang et non d'une ulcération, puisque vers un point la muqueuse est saine. On continue la section longitudinale du gros intestin; on remarque la même lésion à une distance de quatre ou cinq pouces plus haut. Enfin, l'extrémité de l'entérotome arrivée un peu plus bas que la valvule iléo-cœcale, après avoir rencontré trois de ces mêmes lésions, est en quelque sorte arrêtée par un corps mou, qui est pris d'abord pour un amas de matières fécales. Mais bientôt la section longitudinale achevée jusque vers les extrémités

de l'instrument, laisse apercevoir la présence d'une sangsue morte qui vient dévoiler la méprise bien pardonnable d'ailleurs, de celui qui tenait en main l'entérotome.

Quelles sont les principales inductions à tirer de cette observation? D'abord, que le malade n'a pas succombé à la suite de cet accident, mais bien à la suite d'une congestion pulmonaire déterminée par une hypertrophie du cœur, conséquence naturelle du régime déréglé que tenait M. T...

Q'ensuite le malade, et toujours par ses écarts de régime continuels, vu l'état pathologique de l'estomac, pouvait mourir d'une perforation spontanée de l'estomac, suite inévitable d'une lésion de ce genre. Qu'enfin des accidens graves peuvent être déterminés, en omettant de tamponner les ouvertures du corps qui le permettent lorsqu'on fait près d'elles des applications de sangsues; car s'il a pu entrer une sangsue, il pourrait en pénétrer plusieurs, et dans ce cas, des accidens fort graves en seraient peut-être le résultat. Et nous généralisons ici cette remarque par cette raison, que si un corps étranger, et surtout vivant, a pu surmonter la force d'un mouvement antipéristaltique, il peut, à plus forte raison, s'introduire plus naturellement par un mouvement contraire.

N° DU 6.

ASILE DE L'ENFANCE.

Ophthalmie catarrhale et blennorrhoïque épidémique; par le docteur CHARDON fils.

Il vient de régner à l'Asile de l'Enfance (faubourg Saint-Germain), une épidémie d'ophthalmie catarrhale devenue souvent blennorrhoïque. Sur cent-cinquante enfans des deux sexes, âgés de trois à sept ans admis dans cette maison qui, du reste, présente toutes les conditions de salubrité désirables, a peine quelques-uns ont ils échappé à cette affection, et plusieurs l'ont éprouvée deux fois.

Elle était surtout caractérisée par une sécrétion abondante de matière puriforme plus ou moins épaisse. L'injection présentait le caractère de celle qu'on attribue à l'injection catarrhale, et très-souvent aussi à l'injection scrofuleuse. Chez une vingtaine d'individus, des pustules se sont manifestées à une demi-ligne de la cornée.

La rougeur de la conjonctive n'était pas, en raison de la sécrétion de la matière blennorrhoïque, et chez plusieurs enfans une sécrétion très-abondante a coïncidé avec très-peu d'injection de la conjonctive.

Du reste, peu de photophobie, de douleur, et vision libre, si ce n'est chez les enfans dont la cornée était toujours couverte par la matière sécrétée.

La durée de cette maladie, qui a existé près de trois mois dans cette maison, a été variable chez les divers individus. Chez la moitié, elle ne s'est manifestée à l'état aigu que huit à dix jours; chez les autres douze à quinze; enfin chez le plus grand nombre, après avoir été aiguë pendant le temps indiqué, il restait pendant une ou deux semaines un suintement peu considérable.

L'ophthalmie a été profonde chez quelques enfans; elle a été presque toujours bornée à la conjonctive palpébrale et oculaire.

Un grain de sublimé dans deux onces d'eau distillée pour collyre. A l'intérieur, de quatre à huit grains de calomel par jour, uni à autant de jalap; dans quelques cas l'application de plusieurs sangsues aux cuisses. Tels sont les moyens qui nous ont réussi pour arrêter chez les divers enfans les progrès de cette épidémie. Dans aucun cas l'ophthalmie n'a eu des résultats fâcheux.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Cours de pathologie interne. — M. ANDRAL, professeur.

Leçons sur la gastro entérite aiguë.

(Suite du numéro du 22 Novembre.)

Dans la leçon précédente, nous avons exposé les caractères anatomiques de la gastro-entérite aiguë, et les causes sous l'influence desquelles elle se développe. Il nous reste à étudier ses symptômes, sa marche, sa durée et son traitement.

Les symptômes de la gastro-entérite aiguë varient en raison:

1° Du siége;

2° De l'intensité de la phlegmasie;

3° Des conditions d'innervation et d'hématose dans lesquelles se trouve l'individu au moment où la maladie le frappe;

4° En raison des complications diverses qui peuvent survenir pendant son cours.

Les exemples les plus tranchés de gastro-entérite aiguë sont ceux où l'affection est le résultat d'un empoisonnement par les substances âcres et corrosives. Ici la nature de l'inflammation nous est démontrée par la cause qui l'a produite. Ouvrons les traités de toxicologie, et voyons quels sont les phénomènes morbides qui apparaissent après l'ingestion d'un acide, concentré par exemple. Une soif vive, ardente, se fait sentir, une douleur plus ou moins intense siége à l'épigastre ou dans les différentes parties de l'abdomen, si le poison ingéré a franchi l'orifice pylorique. Le ventre est tendu, ballonné, quelquefois rétracté; des vomissemens variables par leur nature, leur nombre, apparaissent; les selles sont quelquefois diminuées, mais le plus ordinairement augmentées; elles sont bilieuses ou séreuses, ou sanguinolentes; dans quelques cas elles sont constituées par du sang pur. La langue présente des enduits variables; elle est sèche, lisse, rouge, brune, fendillée; elle est quelquefois le siége d'une exhalation sanguine; enfin il arrive quelquefois qu'elle est tout-à-fait naturelle.

La fièvre n'a pas toujours la même physionomie: tantôt le pouls est remarquable par sa force et sa fréquence; dans d'autres cas il est petit, filiforme, presque insensible. La peau est tantôt sèche et brûlante, tantôt froide et couverte d'une sueur visqueuse; elle présente une teinte ictérique dans certains cas d'empoisonnement (Le vert-de-gris, par exemple).

La respiration est notablement gênée lorsque la phlegmasie siége dans les parties qui avoisinent le diaphragme, dont les mouvemens exaspèrent la douleur. Les fonctions cérébrales présentent de notables désordres. Tantôt il survient des convulsions, du délire; tantôt c'est de l'assoupissement, du coma.

On peut lire dans la thèse de Tartra, sur l'empoisonnement par l'acide nitrique, des observations où la gastro-entérite me s'est révélée à l'extérieur que par les symptômes de la fièvre adynamique de Pinel. Tel est l'ensemble des symptômes, soit généraux, soit locaux, qui se manifestent dans la gastro-entérite, suite de l'empoisonnement par des substances corrosives.

Dans la gastro-entérite qui ne dépend pas d'un empoisonnement, on voit quelquefois apparaître la même série de phénomènes morbides. On a observé des cas de ce genre. Le plus souvent ces symptômes diffèrent, soit sous le rapport de leur intensité, soit sous le rapport de leur développement, de leur succession et de leur durée.

La gastro-entérite spontanée est souvent précédée de symptômes précurseurs. Les digestions se troublent, l'appétit diminue; dans quelques cas, rares cependant, il est plus vif. Les malades disent éprouver un besoin irrésistible de manger, auquel ils se livrent sans danger apparent. Une diarrhée légère ou la constipation a lieu. On observe en même temps de la céphalalgie, des douleurs contusives dans les membres. C'est surtout dans les phlegmasies des voies digestives que s'applique l'aphorisme d'Hippocrate:

Lassitudines sponté abortæ, morbous denuntiant.

Quelquefois l'invasion est brusque, et l'on observe l'ensemble des symptômes qui suivent:

1° *Symptômes locaux.* La douleur est le premier symptôme local qui mérite d'être étudié; elle manque quelquefois, surtout lorsque la phlegmasie a son siége dans la partie supérieure de l'intestin grêle; cependant en exerçant avec la main une assez forte pression sur la paroi abdominale, on la fait naître dans le plus grand nombre de cas. Elle est quelquefois très-vive et comparable à celle qu'éprouvent les sujets atteints de péritonite aiguë. Il n'est pas toujours nécessaire d'exercer la pression abdominale pour la faire naître. L'ingestion des boissons dans l'estomac l'exaspère souvent. Le siége de la douleur est très-variable. Quand c'est dans l'estomac que l'inflammation prédomine, la douleur se fait sentir tantôt à l'épigastre, tantôt vers l'hypocondre droit: quelquefois elle suit le trajet de la grande courbure de l'estomac; dans d'autres cas elle est limitée au cardia. On a vu des cas dans lesquels elle siégeait comme un point fixe à l'appendice xyphoïde; d'autres fois à la partie inférieure du sternum, d'où elle remontait jusqu'à la gorge, en suivant le trajet de l'œsophage.

Cependant à l'ouverture des sujets, lorsqu'ils succombent, l'œsophage et le pharynx étaient trouvés tout-à-fait exempts d'altération. Quand c'est l'intestin grêle qui est le siége de la phlegmasie, la douleur se fait sentir autour de l'ombilic. Quand c'est le gros intestin qui est affecté, elle réside dans le trajet du colon. Lorsque le rectum ou les parties voisines de l'intestin sont enflammées, on voit alors survenir des épreintes, du ténesme et de la chaleur au fondement, symptômes qui appartiennent surtout à la dysenterie, qui mérite une description à part. Cette douleur est tantôt continue, avec ou sans exacerbation, et tantôt intermittente. Dans ce cas, c'est surtout le soir qu'elle se fait sentir. Elle peut exister au début de la maladie ou se montrer plus tard; elle persiste quelquefois pendant tout son cours; d'autres fois elle disparaît brusquement pour ne plus reparaître. Enfin, dans quelques cas, elle est masquée par des symptômes cérébraux. En exerçant une assez forte pression, on voit néanmoins assez souvent la face se gripper, et le malade faire quelques mouvemens instinctifs pour écarter la main qui le presse.

L'appétit est le plus ordinairement tout-à-fait perdu. Il est cependant un certain nombre de cas dans lesquels les malades éprouvent un vif besoin de prendre des alimens, qu'il faut bien se garder de satisfaire.

La soif est toujours vive; son intensité est toujours en rapport avec l'acuité de la phlegmasie. Des évacuations gazeuses ou liquides sont rendues, soit par la bouche, soit par l'intestin. Ainsi, on observe des éructations, des rapports acides, inodorans, des nausées, des vomissemens et de la diarrhée. Les vomissemens peuvent manquer. Lorsqu'il existent, les matières expulsées sont constituées par des alimens, par des boissons ou bien par des mucosités, de la bile jaune, verdâtre, porracée. Enfin du sang pur est quelquefois rejeté par le vomissement.

L'hématémèse, dont nous aurons à nous occuper plus tard, peut apparaître dans la gastrite aiguë. Les matières vomies contiennent quelquefois des entozoaires. Les selles sont toujours modifiées pendant le cours de la gastro-entérite. Elles sont tantôt plus rares, tantôt plus abondantes que de coutume. Elles sont rares quand l'estomac ou la partie supérieure de l'intestin grêle sont seuls affectés. Dans les autres cas elles se montrent à l'état liquide; elles sont bilieuses, muqueuses ou séreuses; quelquefois elles sont teintes de sang; d'autres fois constituées par du sang pur.

Chez les enfans, où plusieurs des signes de la gastro-entérite manquent, les matières excrétées doivent être examinées avec soin; elles fournissent des signes importans. Le ventre est tantôt rétracté, tantôt distendu. Le météorisme est moins constant dans la gastro-entérite simple que dans l'entérite folliculeuse.

2° *Symptômes sympathiques.* La bouche est souvent le siége d'une chaleur incommode; elle est tantôt amère,

tantôt pâteuse. Les lèvres sont rouges, sèches, encroûtées ou saignantes, ainsi que les gencives. Elles sont quelquefois le siége d'une exsudation couenneuse.

La langue mérite d'être étudiée sous le rapport de sa sensibilité, de son volume, de sa forme, de sa couleur, de son humidité; enfin sous le rapport des différens enduits qui la recouvrent. La sensibilité de la langue est exagérée dans un certain nombre de cas. Les malades disent éprouver vers sa pointe une sensation de picottement ou de brûlure. Chez quelques malades elle ne peut supporter le contact d'un corps étranger; elle est tantôt effilée et comme lancéolée. Tantôt elle est épaissie, et les mouvemens en sont très-difficiles. Sa couleur reste quelquefois naturelle, quel que soit le siège de la phlegmasie; mais c'est surtout quand l'inflammation occupe la partie inférieure du canal intestinal. Dans le plus grand nombre des cas, la couleur de la langue subit des modifications qui, du reste, ne sont pas toujours en rapport avec la phlegmasie, et qui sont fréquemment subordonnées à certaines conditions d'innervation. Elle présente dans quelques cas une couleur rouge, soit uniforme, soit disséminée par plaques ou par petits points isolés. Elle est quelquefois brune. Dans quelques cas, son épithélium se déchire, et une exhalation sanguine se forme à sa surface. Enfin dans quelques cas rares, elle est notablement pâle. Elle est humide, sèche ou collante. On a comparé la sensation que son contact fait éprouver dans ces derniers cas, à celle d'une râpe ou du parchemin. Les enduits muqueux ou bilieux de la langue se lient à diverses affections des voies digestives. C'est spécialement dans l'embarras gastrique qu'on observe ces enduits épais, blanchâtres ou jaunâtres. On les remarque néanmoins quelquefois dans la gastrite; ils dérobent ainsi la rougeur de la langue à l'œil de l'observateur. Un enduit crêmeux s'observe aussi dans quelques cas.

Ces différens états de la langue peuvent se montrer au début ou à une période avancée de la maladie; ils peuvent aussi se succéder. Il ne faut pas oublier qu'ils peuvent tous exister sans que l'estomac soit atteint de phlegmasie.

Symptômes généraux. L'inflammation du tube digestif réagit presque constamment sur les centres nerveux et circulatoire; l'accélération de la circulation peut manquer, soit dans la gastro-entérite légère, soit dans la gastro-entérite grave. Ainsi, on observe un certain nombre de cas de phlegmasies graves, suite d'empoisonnement, dans lesquelles on remarque un notable refroidissement de la peau, avec lenteur et faiblesse du pouls; mais le plus souvent le pouls augmente de force et de fréquence, et l'on voit apparaître un mouvement fébrile plus ou moins intense. Cette fièvre est tantôt continue, tantôt intermittente, tantôt rémittente. Il est quelques malades chez lesquels la gastro-entérite se présente avec l'ensemble des symptômes qui constituent les fièvres inflammatoires, bilieuses ou muqueuses. Ces différentes formes sont moins dépendantes de l'intensité de la phlegmasie gastro-intestinale que des conditions d'innervation et d'hématose où se trouvait l'individu au moment de l'invasion de la gastro-entérite. Notons bien que les fièvres dites inflammatoires, bilieuses et muqueuses, peuvent aussi exister sans que le canal digestif soit le siége d'une phlegmasie.

Traitement. La thérapeutique de la gastro-entérite aiguë doit être modifiée, suivant les causes, la nature et l'intensité des symptômes locaux, enfin suivant la prédominance des symptômes généraux.

Lorsque la cause est manifeste, il faut se hâter de la combattre. Ainsi dans la gastro-entérite produite par l'ingestion des poisons, la première indication consiste à favoriser l'expulsion de la substance ingérée. On cherchera à provoquer le vomissement en titillant la luette, en introduisant dans l'estomac de l'eau chaude. Si ces moyens sont insuffisans, on ne doit pas craindre d'administrer un ou deux grains d'émétique. Si la substance vénéneuse a franchi l'orifice pylorique et a pénétré dans l'intestin, pour en favoriser l'expulsion on prescrira quelque doux laxatif.

La seconde indication dans le cas d'empoisonnement consiste à neutraliser les effets de la substance introduite dans les voies digestives. On aura recours aux antidotes dont l'action sur l'estomac est exempte de dangers. Ainsi, l'eau albumineuse sera employée contre l'empoisonnement par les sels de cuivre et de mercure; on opposera les acides aux substances alcalines, *et vice versâ;* enfin on combattra les effets de l'arsenic par l'emploi d'une préparation de fer dont des expériences récentes viennent de démontrer l'efficacité.

Ces deux indications remplies, on cherchera à combattre l'inflammation gastro-intestinale elle-même.

Si la gastro-entérite est légère, la diète et les boissons délayantes suffiront pour en triompher. Si elle est intense, on ne devra pas hésiter à recourir aux émissions sanguines. La diète doit être absolue. Tous les malades doivent y être soumis, les enfans comme les adultes. Chez ceux-là, elle ne sera pas aussi prolongée que chez les derniers.

Du reste, dans tous les cas, si la maladie dure plus de trente ou quarante jours, on pourra permettre l'emploi de quelques substances nutritives, telles que le lait d'anesse ou de vache, le bouillon de poulet, de veau ou de grenouille, ou bien encore quelques substances féculentes, le salep par exemple.

Les boissons doivent être adoucissantes et mucilagineuses. On prescrit indifféremment les infusions de fleurs de mauve, de guimauve, de violette, la décoction arabique (2 gros par pinte), d'orge et de réglisse. Il est des malades qui ne supportent bien que l'eau sucrée, d'autres ne peuvent introduire dans leur estomac que de l'eau pure. Quelques-uns appètent les acides, on leur administre une limonade légère. Ces tisanes ne doivent pas être trop chargées de sucre et de sirop. Les émulsions sont généralement mal supportées, on doit s'en abstenir. Les boissons doivent être prises tièdes, et en petite quantité à la fois. Quelques malades ne peuvent supporter que les boissons froides et glacées; il n'y a pas d'inconvénient à les leur prescrire.

Les anciens avaient recommandé l'abstinence com-

plète de boissons dans cette maladie. Outre que ce moyen est impraticable, il ne nous paraît pas à l'abri de tout danger. Il importe de délayer les mucosités sécrétées par la muqueuse enflammée; leur séjour peut devenir une nouvelle cause d'inflammation.

On peut aussi introduire par le rectum des liquides mucilagineux pour combattre soit la constipation, soit la diarrhée. Les lavemens simples ou préparés avec l'eau de son, de lin, de guimauve seront avantageux. On fera appliquer en même temps des cataplasmes émolliens sur l'abdomen. Les bains tièdes sont aussi d'un grand secours.

Les émissions sanguines locales seront préférées à la saignée générale. On prescrira une ou plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, autour de l'ombilic, sur l'hypocondre droit, aux flancs et à l'anus, suivant que l'inflammation aura son siége dans l'estomac, l'intestin grêle ou le gros intestin. Il est impossible de fixer le nombre des sangsues d'une manière générale. On devra les proportionner à l'âge, au sexe, au tempérament du sujet. On ne doit jamais en appliquer en trop grand nombre à la fois. Il vaut mieux y revenir plus tard.

Les revulsifs cutanés, tels que les sinapismes et les vésicatoires, sont dangereux.

Le traitement doit être modifié en raison des symptômes locaux. Si la soif est vive, inextinguible, comme cela s'observe chez quelques malades, on prescrira des boissons acidules. On permettra au malade de tenir dans la bouche une tranche d'orange, en lui recommandant de ne point l'avaler. Si la douleur est le phénomène prédominant, on insistera sur les saignées locales et les bains tièdes prolongés, sur les cataplasmes arrosés avec 30 ou 40 gouttes de laudanum. On peut aussi permettre de temps en temps une cuillerée de sirop de pavot blanc. On doit être réservé dans l'emploi des opiacés. Si les vomissemens sont opiniâtres, et que toutes les tisanes soient rejettés, on donnera de l'eau pure, de la glace, de l'eau de Seltz. On pourra dans ce cas encore appliquer sur l'épigastre de la glace pilée et renfermée dans une vessie.

Il est quelquefois nécessaire de recourir à des moyens perturbateurs. On a appliqué quelquefois avec succès un large sinapisme sur l'épigastre, qu'on a laissé jusqu'à rubéfaction de la peau. La pommade ammoniacale a été employée dans le même but.

Si la constipation est opiniâtre, et ne cède pas aux lavemens simples, on pourra employer les lavemens laxatifs. Il sera même quelquefois nécessaire, pour débarrasser le canal intestinal des matières qui s'y accumulent, de recourir à quelque léger laxatif. Une once d'huile de ricin dans une tasse de bouillon aux herbes, ou deux verres d'eau de Sedlitz rempliront cette indication.

Sous le rapport des symptômes généraux, il y a aussi quelques modifications à rapporter au traitement. Si la gastro-entérite se présente avec cet ensemble de symptômes qui caractérisent la fièvre inflammatoire, on doit ouvrir la veine. S'il y a ataxie ou adynamie, deux cas peuvent se présenter.

Les états ataxique et adynamique se montrent ou dès le début, ou à une période avancée de la maladie. Dans le premier cas, sangsues sur le trajet des jugulaires ou sur les apophyses mastoïdes. Dans le second cas, pas d'émission sanguine, légères infusions stimulantes de tilleul, de camomille, d'oranger. Frictionner la peau avec la flanelle sèche ou imprégnée de vapeurs aromatiques.

Dans la convalescence, il y a deux écueils à éviter relativement au régime à prescrire. On doit éviter de donner trop ou trop peu d'alimens. L'estomac présente dans la convalescence de la gastro-entérite trois états différens : excitation normale, sur-excitation et asthenie.

Dans le premier cas, on peut sans inconvénient augmenter la dose des alimens.

Dans le second, ce n'est que graduellement et après de longs tâtonnemens qu'on peut arriver à l'usage d'une alimentation substantielle.

Enfin, dans le dernier cas qui s'observe chez les sujets lymphatiques, profondément débilités par un traitement antiphlogistique actif, il faut tonifier. Si la sécrétion de la muqueuse gastro-intestinale est augmentée, on doit recourir aux émétiques et aux purgatifs.

Il n'est pas rare d'observer un embarras gastrique secondaire dans la convalescence des gastro-entérites ; cet état pathologique réclame l'emploi de la même médication. Tel est l'ensemble des moyens propres à combattre l'inflammation gastro-intestinale dans ses différentes formes, dans ses différentes variétés.

Bibliographie. Les ouvrages relatifs à l'histoire de la gastro-entérite qu'on pourra lire avec fruit, sont les suivans :

1° Traité des phlegmasies chroniques de M. Broussais ;

2° Traité des fièvres dites essentielles de M. Bouillaud ;

3° Histoire anatomique des inflammations, par M. Gendrin ;

4° Traité des fièvres de M. Chauffard ;

5° Traité des maladies des enfans nouveau-nés, par M. Billard ;

6° Mémoire de M. Scoutteten sur la gastro-entérite, inséré dans les Archives ;

7° Pathologie de l'estomac et des intestins, par M. Chardon, de Lyon ;

8° Anatomie pathologique et clinique médicale de M. Andral.

N° DU 9.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Guersent.

Observation de fièvre typhoïde traitée avec succès par les purgatifs.

Les évacuans, que pendant quinze ans on a regardés comme des médicamens extrêmement dangereux dans

le traitement des fièvres graves, considérées comme des phlegmasies gastro-intestinales. viennent d'être réhabilités. On les emploie aujourd'hui dans plusieurs hôpitaux de Paris.

M. Delaroque à l'hôpital Necker, M. Piedagnel à l'Hôtel-Dieu, M. Andral à la Pitié, MM. Guersent et Baudelocque à l'hôpital des Enfans, font usage de cette médication dans le cours des fièvres graves. Il résulte des faits que nous avons observés dans ces différens services, que les purgatifs peuvent être administrés sans danger. Mais conviennent-ils comme méthode générale et unique de traitement. La mortalité, qui a été sensiblement plus faible depuis qu'on fait usage des purgatifs, diminuera-t-elle progressivement sous l'influence de cette médication? C'est à l'expérience à résoudre ces questions. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions nous prononcer; nous en mettrons en attendant quelques-uns sous les yeux de nos lecteurs.

—Une jeune fille de quatorze ans, domestique à Paris depuis trois mois, cheveux blonds, peau blanche, embonpoint assez développé, bonne santé habituelle, ressentit, le 10 septembre, sans cause connue, une forte céphalalgie sus-orbitaire, du malaise et de la courbature.

Au bout de trois jours il survint de la diarrhée et des douleurs de ventre qui persistèrent jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle s'alita le 13, prit des boissons insignifiantes et garda la diète.

Une épistaxis peu abondante eut lieu le 17; elle entra à l'hôpital le 22: elle ne put s'y rendre de son pied.

Le 23, dixième jour de la maladie, en y comprenant les prodromes, décubitus variable, face colorée, portant l'empreinte de la stupeur; céphalalgie sus-orbitaire, réponses tardives, difficiles; prostration peu prononcée. La malade se met assez librement sur son séant, et peut s'y maintenir; pas de trouble de l'ouïe ni de la vision, pas de délire; lèvres sèches, encroûtées, langue rouge à la pointe et sur les bords, enduit poisseux au centre; soif très-vive, pas de nausées ni de vomissemens, diarrhée abondante, cinq évacuations liquides, jaunâtres dans la nuit; ventre tendu, légèrement météorisé, douloureux, surtout sur l'épigastre et autour de l'ombilic; une pression modérée exaspère la douleur et fait naître du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Huit à dix taches rosées, lenticulaires, légèrement proéminentes, occupent la face antérieure de l'abdomen et la base de la poitrine. Peau chaude et sèche, pouls petit et fréquent, à 118 pulsations, pas de soubresauts des tendons; toux humide, peu fréquente, expectoration nulle, râle sibilant dans le côté gauche de la poitrine, trente-deux inspirations par minute. Limonade tartarique, 2 pots; eau de sedlitz, 3 verres à prendre dans la matinée, à une heure d'intervalle.

Le soir, délire, exaspération de la fièvre.

Le 24, 108 pulsations, 28 inspirations par minute. Même état de la face, persistance de la céphalalgie, sans trouble de l'ouïe et de la vue, pas de changement de la langue, ni de l'état du ventre, soif extrêmement vive, 12 ou 15 évacuations dans les vingt-quatre heures. Même prescription.

Le 25, la céphalalgie a disparu, le pouls est descendu à 100 pulsations; même état des voies digestives: quelques-unes des taches typhoïdes ont pâli; il s'en est manifesté de nouvelles; pas de sudamina; même stupeur; la prostration n'est pas augmentée. On continue les trois verres d'eau de Sedlitz.

Pas de délire le soir.

Le 26, douze à quinze évacuations liquides jaunâtres dans les vingt-quatre heures; lèvres toujours encroûtées, langue poisseuse; soif moins vive que les jours précédens; pas de nausées ni de vomissemens; ventre douloureux surtout dans la région iliaque gauche, sans météorisme, sans gargouillement. La céphalalgie est revenue; surdité commençante; toux plus fréquente, expectoration muqueuse, douleur sous-sternale; râle muqueux ronflant et sibilant dans les deux côtés de la poitrine. Peau toujours sèche; pouls à 112 pulsations. Même prescription.

Le 27, la céphalalgie persiste; la stupeur est plus marquée; la langue est sèche, les dents recouvertes d'un léger enduit fuligineux; les réponses sont toujours lentes; surdité très-prononcée; ventre douloureux dans les deux flancs, sonore dans le trajet du colon ascendant; même nombre des évacuations. Taches typhoïdes pâles; pas de sudamina. 120 pulsations, toux fréquente, expectoration catarrhale, expansion pulmonaire un peu plus faible à droite qu'à gauche. Pas de douleur pleurétique. Même prescription.

Le 28, surdité sans céphalalgie, sans trouble de la vision; rancité et affaiblissement de la voix, toux avec expectoration de crachats muqueux striés de sang. On applique un large morceau de sparadrap sur la partie postérieure du thorax.

Le 29, dix à douze évacuations comme les jours précédens; la douleur de ventre persiste toujours dans les deux flancs; les taches typhoïdes sont à peine apparentes. Les lèvres sont toujours encroûtées, la langue poisseuse, les dents couvertes d'un enduit fuligineux, l'haleine fétide; pouls peu développé, donnant 96 pulsations par minute; la peau reste sèche, la toux et la rancité de la voix persistent; sonoréité de la poitrine faible, mais égale des deux côtés; râles muqueux et sibilant; expansion faible à droite et à gauche. La région de la rate, examinée pendant plusieurs jours de suite, n'a jamais présenté de matité; ce viscère ne dépasse pas les fausses côtes. On continue les trois verres d'eau de Sedlitz; on permet du lait.

Le 30 septembre et le 1er octobre, pas de changement notable. On continue l'eau de Sedlitz.

Le 2 octobre, la prostration persiste, ainsi que la stupeur; les réponses sont toujours tardives; la céphalalgie est tantôt nulle, tantôt intense; même surdité. Décubitus variable, sommeil peu profond; le délire revient encore quelquefois la nuit. La peau reste sèche et rapeuse; le pouls bat 108 fois par minute; la langue est toujours poisseuse, l'haleine fétide, le ventre endolori.

Dix évacuations dans les 24 heures. Les taches typhoïdes ont complètement disparu; on n'aperçoit sur la poitrine ni sur l'abdomen aucune trace de sudamina. Même toux, même rauceité de la voix, même expectoration catarrhale. Trois verres d'eau de Sedlitz; lait et bouillon.

Le 3, 112 pulsations et 30 inspirations par minute. Surdité, endolorissement et météorisme du ventre. Même prescription.

Le 4, diminution du nombre des selles; 92 pulsations; 28 inspirations.

Le 5, même état; 90 pulsations; 28 inspirations. La surdité diminue. Pas de changement notable jusqu'au 9.

Le 9, l'expression de la physionomie est naturelle. La malade se met sur son séant dans la journée, et cause avec ses compagnes. Les lèvres et les dents sont dépouillées de leur enduit, la langue est large et humide, le ventre indolent. Quatre selles liquides jaunâtres en vingt-quatre heures. La peau, de chaleur médiocre, reste sèche et rude; le pouls bat 90 fois par minute. Persistance de la toux, expectoration de crachats muqueux, opaques. La malade demande à manger pour la première fois. Soupe et bouillon.

Le 10, on suspend l'eau de Sedlitz, à l'usage de laquelle la malade a été soumise depuis son entrée à l'hôpital.

Le 11, lorsque nous abordons la malade, elle nous dit en souriant : « Je n'ai plus mal du tout. » Langue large et humide, le ventre indolent, deux évacuations de matières en bouillie ont eu lieu dans les vingt-quatre heures. La peau est de chaleur naturelle, le pouls donne 84 pulsations régulières. Pas de céphalalgie, pas de surdité, pas de prostration. On accorde des alimens solides.

Le 15, la malade se lève pour la première fois. Sa démarche est chancelante; elle accuse une grande faiblesse. Bon état des voies digestives.

Le 16, constipation depuis deux jours. Lavement émollient.

Dans la soirée, la malade commet un écart de régime; elle se gorge de fruits et de gâteaux qu'on lui apporte du dehors. La diarrhée survient les deux jours suivans, et s'accompagne d'un léger mouvement fébrile.

Les jours suivans, la convalescence ne présente plus aucun accident. Cette jeune fille quitte l'hôpital le 26 octobre entièrement guérie.

Emplâtre employé par M. Corsin, D.-M. à La Villette, près Paris, contre la coqueluche.

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

J'ai lu avec un vif intérêt au n° 123 de votre précieux journal, sous la date du 16 de ce mois, deux observations de coqueluche traitée avec succès par l'extrait de belladone, dont je n'ai pas toujours retiré le même avantage.

Ma pratique venant récemment de m'offrir plusieurs exemples de la prompte réussite de l'application de l'emplâtre ci-dessous, sur l'épine dorsale entre les épaules d'enfans de différens âge, sexe et constitution, et à des époques plus ou moins avancées de la maladie, je crois devoir vous en informer dans l'intérêt de l'humanité et de la science, persuadé que dans la composition de cette masse emplastique résident toutes les conditions voulues pour son efficacité.

Prenez : Emplâtre de ciguë, 2 gr. ou 2 part.
Emplât. de poix de Bourgogne, 1 gr. ou 1 part.
Emplât. de diachylon gommé, 1 gr. ou 1 part.

Mêlez. Et après avoir étendu cette masse sur un morceau suffisant de peau de chamois, saupoudrez avec tartrate de potasse et d'antimoine, 6, 8, 10, 12 grains et au-delà, selon l'âge du malade.

Cet emplâtre, employé dans la première huitaine de l'invasion de la coqueluche, tant de la dernière épidémie que des précédentes, a produit constamment dans les 24 heures; une assez forte rubéfaction, puis des petites pustules nacrées comme celles causées par la pommade d'Autenrieth, et a modifié et diminué de beaucoup le nombre des quintes fatiguantes de toux et de vomissemens qui constituent cette maladie.

Appliqué à la deuxième et à la troisième semaine, etc. de la coqueluche, que j'ai traitée à l'intérieur avec les béchiques adoucissans d'abord; puis faiblement aromatiques et toniques plus tard, cet emplâtre, aidé de ces moyens internes, a enrayé promptement la marche de cette affection bronchique et a enlevé cette maladie en peu de jours chez les uns, et chez les autres extrêmement diminué son intensité et sa durée.

Je pense 1° que l'addition de l'emplâtre de ciguë est ici d'autant plus utile qu'il irrite promptement la surface cutanée, et détermine en outre sur la moelle épinière et de là sur l'encéphale un effet légèrement stupéfiant qui calme l'irritation des nerfs pneumogastriques, intercostaux et trisplanchniques;

2° Que la poix de Bourgogne et les autres résines fétides contenues dans le diachylon gommé peuvent agir ici comme de faibles rubéfians du derme, portant aussi sur les nerfs une action stupéfiante de leur sensibilité;

3° Enfin que le tartre stibié par l'éruption pustuleuse qu'il produit en agissant d'une manière graduelle, ajoute surtout beaucoup à l'efficacité de ces premiers ingrédiens.

J'ai remarqué que la plupart des enfans atteints de la coqueluche ont été auparavant affectés ou sont disposés à l'être, au moment de l'invasion de cette maladie, de divers exanthèmes cutanés que certains vents froids ou certaines conditions de l'air repercutent ou retiennent à l'intérieur après des chaleurs assez vives de l'atmosphère. Ces enfans sont surtout les gourmeux,

les catarrheux, etc., chez lesquels il est urgent de porter promptement au dehors l'irritation portée à l'intérieur et qui m'ont paru le plus vite soulagés par cette application rubéfiante, etc. Aussi me paraît-elle bien préférable en ce cas aux épispastiques violens tels que les cantharides, la moutarde, etc., qu'ici et dans beaucoup d'autres circonstances ont une action trop stimulante sur tout l'organisme, et déterminent, surtout chez les enfans très-jeunes, des réactions fébriles souvent au-dessus de leurs forces, par l'énorme dimension donnée par quelques néophysiologistes à cette espèce d'applicata.

N. B. Je ne pense pas avoir besion de dire que l'emplâtre doit être retiré s'il cause trop de démangeaison et si des pustules nombreuses ont paru. Alors on le remplace par du cérat.

Sans vouloir, Monsieur, louer mon baume à la manière d'un assez grand nombre de charlatans qui, malgré le soleil de 1834, souillent encore les rues de Paris et de la banlieue, je puis vous assurer que c'est principalement à l'application de ce moyen externe que je dois, entr'autres cas de ce genre, la complète guérison d'un enfant de 8 ans de cette commune, nommé Langlois, affecté en août et septembre derniers d'une coqueluche compliquée de catarrhe bronchique avec évacuation très-considérable de crachats visqueux verdâtres plaqués et entourés de beaucoup de salive, qu'accompagnait une fièvre des plus intenses marquée par 133 et 140 pulsations à la minute, et par 60 et 80 respirations dans le temps de l'exacerbation. Cet enfant, maintenant bien rétabli et de sa bronchite avec bronchorrée et de sa coqueluche, rendait par jour trois et quatre assiettes pleines de ces mucosités. Mais l'observation de cette grave et laborieuse maladie étant trop étendue pour vous être présentée, je la tiens par devers moi à votre disposition, dans la crainte qu'elle n'occupe trop de place dans votre journal où je vous prie de donner accès à cette lettre.

Agréez, etc.

CORSIN, D.-M.

N° DU 11.

ÉCOLE DE MÉDECINE.

Cours de Pathologie interne. — M. ANDRAL, professeur.

Leçons sur la gastro-entérite aiguë.

(Suite du numéro du 6 déc.)

Un feuillet tout entier ayant été omis par erreur dans la leçon de M. Andral sur la gastro-entérite aiguë, afin de rendre complète cette intéressante leçon, que nous nous sommes attachés à reproduire avec la plus grande exactitude, nous rétablissons aujourd'hui cette lacune, que nos lecteurs auront sans doute remarquée.

A la fin du paragraphe intitulé ; *Symptômes généraux* (n° du 6 décembre, 2e page, 2e colonne), après ces mots : sans que le canal digestif soit le siége d'une phlegmasie, *lisez* :

La respiration se trouble souvent pendant le cours de la gastro-entérite; une toux sèche, que les auteurs ont désignée par le nom de toux stomacale, prend naissance; dans quelques cas la respiration devient costale, la douleur de l'estomac et des intestins s'opposant au mouvement du diaphragme.

L'exhalation cutanée est presque constamment modifiée; la peau est sèche. Il en est de même de la sécrétion folliculaire de la bouche. On a cité quelques cas d'engorgement des parotides; mais ce phénomène appartient plus particulièrement à l'entérite folliculeuse.

Les troubles fonctionnels de l'organe sécréteur de la bile sont rares dans nos climats. C'est dans les pays chauds que la gastro-entérite s'accompagne d'une irritation sympathique du foie. Les urines subissent dans cette phlegmasie, comme dans une foule d'autres, de notables modifications; elles deviennent rares, rouges, sédimenteuses.

Les principaux troubles de l'innervation sont relatifs à la sensibilité, à la motilité et à l'intelligence. Une céphalalgie occupant le plus ordinairement la région frontale, se fait presque constamment sentir ; elle précède quelquefois l'invasion de la gastro-entérite.

On a observé dans quelques cas une exagération de la sensibilité cutanée. Ces cas sont rares; mais, ce qui l'est moins, c'est un sentiment de courbature très prononcé, au point de simuler des douleurs rhumatismales.

Les troubles de la motilité sont particulièrement les soubresauts des tendons et les mouvemens convulsifs des muscles de la face et quelquefois des membres, surtout chez les enfans. Chez plusieurs malades on observe du délire; il est continu ou intermittent. Chez quelques-uns un coma profond se manifeste. Les forces sont tantôt déprimées, tantôt exaltées.

Sous le rapport des symptômes, la gastro-entérite présente deux formes bien tranchées; dans l'une prédominent les symptômes locaux, dans l'autre les symptômes généraux. Les symptômes locaux varient :

1° En raison de certaines dispositions individuelles;

2° En raison du siége que la phlegmasie occupe. Ainsi, suivant que l'estomac, le duodénum, l'iléon et le colon seront affectés, la douleur occupera tel ou tel point de la cavité abdominale, la diarrhée ou le vomissement se manifestera.

Quelquefois les symptômes locaux sont peu prononcés; on n'observe autre chose qu'un mouvement fébrile, tantôt simple, tantôt accompagné de troubles divers de l'innervation. De là les formes ataxiques et adynamiques. Ces formes sont moins commandées par l'intensité de la gastro-entérite que par les conditions d'innervation et d'hématose dans lesquelles se trouvait l'individu au moment de l'invasion.

Dans l'enfance, on observe la forme convulsive et la forme comateuse. Dans quelques cas, la maladie affecte

une marche intermittente ; ici il faudrait se garder de recourir au quinquina pour combattre la gastro-entérite.

Chez les vieillards on observe fréquemment la forme adynamique. L'affaissement et la prostation des forces se montrent avec une remarquable facilité. Cet état adynamique n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la gastro-entérite. Les symptômes surviennent le plus souvent à une période avancée de la maladie ; dans quelques cas on les voit ouvrir la scène. Alors le diagnostic devient difficile ; la maladie peut être confondue avec l'encéphalite et la meningite.

La phlegmasie est quelquefois bornée à l'estomac ; elle porte alors le nom de gastrite. Dans l'état aigu, l'inflammation envahit presque toujours le reste du canal digestif. A l'état chronique, les phlegmasies des différentes parties du canal intestinal s'isolent. Aussi décrirons-nous à part la gastrite et l'entérite chroniques. Les cas de duodénite aiguë sont rares. On en a cité un exemple fort remarquable dans la *Gazette des Hôpitaux* (mai 1834). Enfin le colon est quelquefois isolément enflammé. En faisant la description des symptômes locaux, nous avons indiqué les symptômes locaux qui appartenaient à l'inflammation des différentes parties du canal digestif.

La durée de la gastro-entérite n'offre rien de fixe ; elle dure depuis vingt-quatre à trente heures ; elle se termine :

1° Par la guérison ;
2° Par le passage à l'état chronique ;
3° Par métastase ;
4° Par la mort.

Cette dernière terminaison peut avoir lieu :

1° Par le fait même de l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, comme on l'observe dans l'empoisonnement par les substances corrosives ;
2° Par la perforation de l'intestin ;
3° Par suite des troubles sympathiques des centres nerveux, quoiqu'après la mort, on n'y trouve aucune altération appréciable ;
4° Enfin par suite d'une complication.

La mort arrive tantôt à une époque peu éloignée du début, tantôt à une époque avancée, lorsque le sujet est arrivé au dernier degré du marasme.

La gastro-entérite peut affecter plusieurs fois le même individu. Bien plus, quand un sujet en a été une fois atteint, il y a chance pour la contracter de nouveau s'il est placé sous l'influence des causes que nous avons signalées. Cette tendance à la récidive distingue surtout l'entérite simple de l'entérite folliculeuse.

Passez maintenant au *traitement* tel que nous l'avons donné.

—

N° DU 13.

BULLETIN.

Combustion dite spontanée ; réflexions sur les divers moyens de traitemens de la brûlure ; par M. Bédor, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Troyes (Aube).

Nous trouvons les détails et la lettre qui suivent dans le journal de l'Aube ; l'intérêt qu'ils nous ont paru présenter, nous engage à les reproduire :

Hier jeudi, sur les deux heures et demie de l'après midi, des habitans de la rue de la Pie aperçurent une épaisse fumée qui s'échappait de la fenêtre d'une maison portant le n° 23, habitée par la femme Lanoue. L'alarme se répandit dans le quartier, et un pompier ayant pénétré dans la chambre d'où sortait la fumée, en descendit presqu'aussitôt, et emportant dans ses bras une petite fille de dix-huit mois, dont les vêtemens étaient encore en partie enflammés ; heureusement, M. le docteur Delaine passait en ce moment dans la rue de la Pie, et de prompts secours furent donnés à cette pauvre enfant, dont le corps présentait de nombreuses et profondes brûlures.

Pendant ce temps, le brave pompier pénétra de nouveau dans la chambre incendiée au risque d'y être asphyxié par l'épaisse fumée dont elle était remplie, et après avoir donné de larges issues à cette fumée, il releva de dessus le carreau un corps noir, informe. C'était le cadavre de la femme Lanoue. Ce cadavre sur lequel n'existait plus aucun vestige de vêtement, était entièrement brûlé, et présentait un aspect tel qu'on eût dit qu'il avait été grillé sur des charbons ardens. Les secours de l'art ne pouvaient donc rien pour la femme Lanoue.

Quant à l'enfant, bien qu'elle donnât encore des signes de vie, M. le docteur Delaine a pensé qu'ils ne seraient pas plus efficaces, les brûlures étant trop nombreuses et trop profondes. Toutefois, on l'a transportée à l'Hôtel-Dieu, où elle vivait encore à cinq heures du soir.

Voici comment on explique ce malheureux événement :

La femme Lanoue, qui avait coutume de s'enivrer, avait placé sous elle une casserolle remplie de braisse, et soit qu'elle se fût endormie, soit qu'elle ait été asphyxiée, le feu a pris à ses vêtemens et à ceux de sa petite fille, qu'elle tenait probablement dans ses bras, car c'est de dessus le cadavre informe de cette femme, que le brave pompier a enlevé la pauvre enfant à moitié brûlée.

A Monsieur le Rédacteur du Journal de l'Aube.

Monsieur,

Le jeune enfant apporté dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et dont parle votre dernier numéro, n'a survécu

que douze heures à ses nombreuses et profondes brûlures. Mon confrère et ami le docteur Delaine, en prévoyant trop bien que tous nos soins seraient infructueux pour le sauver, avait au moins diminué ses douleurs par des applications réfrigérantes (celles de linges imbibés d'eau bien fraîche.)

A cette prescription, conforme aux préceptes reçus de nos jours, il s'était élevé quelques clameurs d'improbation dans la foule des assistans les plus incapables d'apprécier l'opportunité de ce traitement. Il n'en est pas moins le meilleur à employer en pareille circonstance. Eût-on même la triste conviction, comme ici, de ne pouvoir guérir, on calme les souffrances, on diminue l'angoisse des dernières heures; et s'être acquitté de ce devoir, laisse du moins la consolation de n'être pas intervenu sans quelqu'utilité. Des réfrigérans donc, employez des réfrigérans aussitôt la brûlure. Voilà, je crois, un de ces renseignemens qu'il est surtout utile de porter à la connaissance de tout le monde, attendu que tout le monde peut avoir occasion d'en faire des applications utiles, et parce que tout le monde aussi a son remède favori contre la brûlure.

Ni le coton cardé, ni la gelée de groseille, ni tant d'autres moyens vantés dans les salons du monde élégant, comme aux plus modestes veillées (moyens qu'il convient de placer tous fort au-dessous de la pulpe rapée de pomme de terre crue), ne valent les applications de linges mouillés d'eau fraîche.

Il n'est pourtant pas inutile qu'on sache aussi que, dans le service de M. Sanson aîné, à l'Hôtel-Dieu de Paris, l'application des poils du typha vulgairement appelé massette, masse d'eau, faite après celle de l'eau fraîche employée en jet aussitôt l'accident, a été opposée avec succès, comme pansement, à de fortes brûlures. Elle est de plus, préconisée dans une intéressante dissertation de M. le docteur Vignal, sur le traitement des brûlures par l'usage des poils de cette plante aquatique, et ne saurait ainsi devoir être dédaignée.

Quelques mots maintenant sur une cause très-extraordinaire, et pourtant très-possible, de la catastrophe qui nous occupe.

Il ne me paraîtrait pas invraisemblable (en convenant pourtant que rien à cet égard n'est très-bien prouvé) que la mort de la femme Lanoue fût l'effet d'un de ces cas rares auxquels on a donné le nom de combustion humaine spontanée.

M. le docteur Alph. Devergie a rassemblé, dans un tableau dressé en 1830, les cas de cette nature qu'il juge les mieux constatés. Ce tableau en présente 19, et sur ce nombre il y en a 16 dont les victimes étaient du sexe féminin. Toutes étaient adonnées aux liqueurs spiritueuses, et quant à l'âge, hors un seul sujet, celui-là même dont l'observation est la plus suspecte, tous avaient atteint cinquante ans. Voilà certes, en y joignant les faits relatés dans votre numéro d'avant-hier, des analogies bien réelles avec l'événement arrivé dans cette ville, au n. 23 de la rue de la Pie, et qui permettent d'augurer qu'il peut avoir eu lieu par suite d'une combustion humaine, de celles qu'on nomme spontanées.

C'est, dit l'auteur du tableau que j'ai cité, parce que Lecat avait approfondi ce sujet important de médecine légale, qu'il parvint à réhabiliter l'honneur d'un nommé Millet, condamné à une peine infamante, comme l'auteur de la mort de sa femme, qui avait réellement succombé à une combustion spontanée.

Je crois, dit ailleurs le même auteur, que beaucoup de cas de ce genre ont échappé à l'observation des médecins appelés à faire la levée des corps.

Agréez, etc.

Bédor, D.-M.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Pneumonie entée sur une bronchite chronique chez un enfant affecté de rachitisme; traitement par l'oxyde blanc d'antimoine et les vomitifs; guérison.

Ursule Martel, âgée de quatre ans, née à Paris, est apportée à l'hôpital des Enfans le 7 novembre, dans l'état suivant :

Toux fréquente, grasse, expectoration nulle, respiration courte, incomplète, diaphragmatique, accompagnée de dilatation des ailes du nez; 54 inspirations par minute, sonoréité de la poitrine un peu plus faible à droite qu'à gauche, râle sous-crépitant à droite, en haut et en bas; souffle tubaire et bronchophonie vers l'angle inférieur de l'omoplate du même côté; râle muqueux à grosses bulles dans toute l'étendue du côté gauche; douleur sous sternale; pouls petit, extrêmement fréquent; peau chaude et moite, langue violacée, conservant son humidité; soif vive, appétit nul, ventre bouffi, mais indolent à la pression; constipation.

D'après les renseignemens qui nous sont fournis par les parens, cette jeune fille a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de deux ans. A cette époque elle fut atteinte d'une maladie grave qu'on n'a pas su caractériser, et qui retint la malade au lit pendant deux mois.

Depuis ce moment elle a cessé de marcher, les os des membres se sont déformés, ainsi que ceux du tronc. La poitrine est très-déprimée latéralement, et présente une saillie considérable en arrière, vers l'union du rachis et des dernières côtes. La tête est très volumineuse, le front très saillant. Du reste, la malade a conservé toute son intelligence, et n'a jamais été affectée de mouvemens convulsifs. Depuis la même époque, la respiration a été habituellement gênée; la malade n'a cessé de tousser. On prescrit le jour de son entrée un julep gommeux avec 24 grains d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 8, le décubitus a lieu sur le côté droit; la dys-

pnée est un peu moins intense, la respiration est à 48; le pouls, toujours difficile à compter, offre un peu moins de fréquence; la toux est quinteuse, et se renouvelle toujours fréquemment. L'auscultation et la percussion du thorax fournissent les mêmes résultats. Une seule évacuation a eu lieu dans la journée. On augmente la dose de l'oxyde blanc d'antimoine, qu'on porte à un demi gros.

Le 9, la gêne de la respiration est plus marquée, la face est violacée, ainsi que la langue. Dans toute l'étendue de la poitrine, on entend un mélange de râles muqueux, sibilant et sous-crépitant, qui annoncent l'engorgement des bronches par les mucosités exhalées à leur surface. La matité, la bronchophonie et la respiration bronchique sont toujours circonscrites vers l'angle de l'omoplate du côté droit, dans une étendue de deux pouces environ. La toux est incessante, elle revient par petites quintes extrêmement fatigantes. Les voies digestives sont toujours en bon état. On prescrit 3 grains d'émétique dans 4 onces d'eau distillée, à prendre par cuillerée.

Quelques vomissemens ont lieu dans la journée, mais il n'y a aucune évacuation alvine.

Le 10, on reprend l'oxyde blanc d'antimoine à la dose de 1 gros.

Le 11 et les jours suivans, jusqu'au 17, la toux, la gêne de la respiration persistent. L'auscultation et la percussion du thorax fournissent à peu près les mêmes renseignemens. On ajoute à la prescription du lait et du bouillon.

Le 17, le souffle tubaire et la bronchophonie ont complètement disparu. La respiration est moins gênée; on compte cependant encore 36 inspirations par minute. On n'entend pas tant de râle muqueux; la langue a repris sa couleur normale; les voies digestives sont en bon état. On accorde des alimens. La convalescence ne présente rien de remarquable.

Cette jeune fille quitte l'hôpital, conservant la bronchite qu'elle porte depuis l'âge de deux ans.

A ce fait, nous en joindrons un autre recueilli pendant le cours de l'été dans le service de M. Guersent. Dans celui-ci, les vomitifs et les purgatifs ont fait justice de la pneumonie, qui s'accompagnait de symptômes bilieux.

Pneumonie accompagnée de symptômes bilieux; emploi des vomitifs et des purgatifs; guérison.

Adrienne Colette, âgée de six ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique, portant des engorgemens des ganglions cervicaux, entra à l'hôpital le 7 juin, accusant huit jours de maladie.

Elle était affectée depuis environ deux mois d'un léger catarrhe, quand, le 30 mai, sans cause connue, la toux s'exaspéra et s'accompagna de fièvre; quelques frissons irréguliers eurent lieu; il survint des nausées et des vomissemens bilieux qui se renouvelèrent pendant trois jours. Quelques selles de même nature furent rendues à la suite de coliques passagères. Une application de sangsues à l'épigastre ne produisit aucun soulagement.

Le 6 juin, aux symptômes précédens, se joignit une douleur vive du côté droit, augmentant par la toux et les inspirations. La fièvre persistait; la malade était très-abattue; elle ne put venir de son pied à l'hôpital.

Le 8, à la visite du matin, elle nous offrit l'état suivant:

Décubitus dorsal, céphalalgie sus-orbitaire, légère teinte ictérique des sclérotiques et des ailes du nez; face rouge par plaques, lèvres sèches, encroûtées; langue couverte d'un enduit jaunâtre, fort épais; saveur amarescente de la bouche, appétence des boissons froides, soif assez vive, nausées sans vomissemens, anorexie, ventre souple et indolent, pas de selles depuis l'entrée; peau médiocrement chaude et sèche, pouls régulier, à 80 pulsations; 44 inspirations par minute, douleur vague de tout le côté droit de la poitrine, augmentant par la percussion et les fortes inspirations; toux grasse, sans expectoration, expansion faible à droite; quelques bules de râle sous-crépitant, qui deviennent fines et sèches à la partie antérieure et latérale droite; sonoréité normale. A gauche, l'auscultation et la percussion ne fournissent que des signes négatifs. Du reste, l'intelligence est nette, les réponses sont justes, mais lentes; la malade offre de l'abattement et se plaint d'une forte courbature. Tartre stibié, 1 grain en 2 pintes, *illicò;* mauve édulcorée; julep gommeux; diète.

Deux vomissemens abondans de matière porracée ont eu lieu à la suite de l'ingestion du tartre stibié. Du reste, pas de coliques, pas d'évacuations alvines. Le reste de la journée a été assez calme.

Le 9, face rose, peau de chaleur naturelle; même état de la circulation que la veille. La langue est humide et dépouillée d'une partie de son enduit. La malade, qui jusqu'alors avait témoigné une grande répugnance pour les alimens, demande à manger. Le ventre est souple et indolent dans tous les points. Du côté des organes respiratoires, il s'est manifesté peu de changement; même toux, même accélération de la respiration, mêmes signes sthétoscopiques que la veille. Lavement émollient; le reste *ut suprà*, sauf le vomitif.

Le 10 et le 11, la douleur de côté a disparu. Le râle crépitant est remplacé par du râle muqueux. La peau est moite. Le pouls bat 72 fois par minute. La toux est moins fréquente; l'expectoration toujours nulle. On permet du lait.

Le 12 on administre deux onces et demie de manne, qui donnent lieu à trois ou quatre évacuations.

Le 13, les voies digestives ne donnent plus aucun signe de souffrance. La chaleur de la peau est naturelle. Le pouls bat 68 fois par minute. La respiration est descendue à 24. L'expansion pulmonaire est également franche à droite et à gauche. On prescrit le quart de portion.

Les jours suivans, l'amélioration se soutient.

Cette jeune fille quitte l'hôpital entièrement guérie le 16 juin.

N° DU 16.

HOPITAL DE WORCESTER.

La somnambule de Springfield; par le docteur L. W. Belden.

Jeanne C. Rider, âgée de 17 ans, fille d'un mécanicien de Brattleborough, Vermont, dont la mère était morte d'une maladie du cerveau, a reçu une éducation distinguée; elle est passionnée pour la lecture, surtout de la poésie, pour laquelle elle a un goût pur et correct. En apparence bien portante et fraîche, elle a été sans cesse sujette à de violens maux de tête et à d'autres symptômes annonçant une congestion cérébrale; elle a été choréique il y a trois ans, pendant quelques mois.

Une petite tache au côté gauche de la tête vers la région que les phrénologistes assignent à l'organe du *merveilleux*, a de tout temps été douloureuse au toucher, surtout lorsqu'elle a ses maux de tête; elle demande alors qu'on la lui coupe. Ses yeux sont si sensibles à la lumière qu'elle souffre beaucoup quand elle sort sans voile. Elle a un sommeil profond et prolongé, rarement des rêves et ne s'éveille guère d'elle-même le matin. Dans son enfance elle se levait quelquefois pendant son sommeil, mais sans aucune circonstance extraordinaire.

C'est dans la nuit du 24 juin qu'elle a été prise la première fois de la maladie que nous allons décrire; on crut alors à un dérangement d'esprit.

Le docteur Belden la trouva faisant des efforts pour se lever, et se plaignant vivement du côté gauche de la tête; le visage était rouge, la tête chaude, les yeux fermés et le pouls très-accéléré. Attribuant ces accidens à une indigestion, il prescrivit un vomitif qui fit rendre beaucoup de matière verte; du repos et un véritable sommeil suivirent; elle ne s'éveilla que le matin, sans conscience de ce qui s'était passé.

Un mois après, second paroxysme pendant lequel, après bien des efforts pour la retenir au lit, M. Belden se décida à lui laisser la liberté de ses mouvemens en la surveillant. Alors elle s'habilla, descendit l'escalier et fit les préparatifs du déjeûner.

Elle mit la table, arrangea tout avec une précision extrême, alla dans un cabinet noir et prit, dans une armoire située au fond, les tasses qu'elle posa sur un plateau en ayant soin de le tourner obliquement pour passer à travers les portes, évita tous les obstacles et plaça le tout sans accident sur la table. Elle se dirigea ensuite vers la *dépense* dont elle tira les blindes et ferma la porte; après, elle écréma le lait, versa la crême dans un vase et le lait dans un autre sans en renverser une goutte. Elle coupa le pain, le mit dans un plat et en partagea les tranches. Enfin elle procéda à toutes ces opérations avec autant d'exactitude qu'en plein jour, et tout cela les yeux fermés et sans autre lumière qu'une lampe placée dans la salle à manger, pour permettre à sa famille de suivre ses mouvemens. Durant tout ce temps, elle n'eut pas l'air de s'apercevoir des personnes présentes, à moins qu'elles ne fussent directement sur son passage, ou qu'on eût placé devant elle des chaises ou d'autres meubles qu'elle évitait avec un mouvement d'impatience.

Elle retourna enfin d'elle-même au lit, et trouvant le matin la table apprêtée pour le déjeuner, elle demanda pourquoi on ne l'avait pas éveillée, et pourquoi on avait souffert que ces apprêts fussent faits par une autre personne. Rien de ce qui s'était passé n'avait laissé de traces dans son esprit, et elle ne ressentit dans la journée qu'un peu de fatigue.

Les paroxysmes devinrent alors plus fréquents, et il se passait rarement une semaine sans qu'elle en eût deux ou trois, mais jamais parfaitement semblables.

Quelquefois elle ne quittait pas la chambre et s'occupait à examiner et arranger les pièces de son habillement.

Quelquefois elle plaçait des effets dans des endroits où elle ne pouvait les retrouver que dans un accès suivant. Une fois elle ne put retrouver sa boîte à aiguilles; quelque temps après on la trouva la nuit dans sa chambre cousant un anneau à son rideau avec une aiguille qu'elle avait dû prendre dans sa boîte perdue.

D'autres fois l'accès se passait en entier dans le lit où elle chantait, parlait et répétait des pièces de poésie. Une fois elle s'imagina être à Braltleborough, parla de personnes qu'elle y avait connues et indiqua leurs caractères avec précision, et imita leurs mouvemens au point de provoquer le rire. Elle niait à cette époque d'avoir jamais été à Springfield, et ne se rappelait qu'une ou deux personnes de celles qu'elle avait vues à Braltleborough. Les noms même des personnes avec qui elle demeurait, lui paraissaient étranges et extraordinaires. Ses idées sur les lieux étaient jusqu'à un certain point correctes, celles relatives au temps ne l'étaient pas. Presque invariablement elle supposait qu'il faisait jour; aussi sa réponse constante, quand on lui disait qu'il était temps de se coucher, était: « Quoi, vous voulez que je me mette au lit dans le jour? » Souvent elle croyait être dans une chambre autre que celle où elle se trouvait réellement, c'était surtout la pièce où elle se tenait quand elle était éveillée.

Ses mouvemens étaient réglés par les sens et non par une connaissance préconçue des choses. Sa chambre était contiguë à un vestibule à l'extrémité duquel était la cage de l'escalier. Au haut de l'escalier était une porte qu'on laissait ordinairement ouverte, mais que l'on ferma une fois quand elle fut endormie et dont on assura le loquet avec une lame de couteau. En se levant elle sortit impétueusement de sa chambre, et sans s'arrêter, tendit la main avant d'être arrivée à la porte, enleva le couteau et le jetant avec indignation à terre, s'écria: « Pourquoi voulez-vous m'enfermer? »

Sans entrer dans des détails minutieux, je me bornerai à mentionner quelques-unes des circonstances les plus remarquables qui se sont présentées à cette première période de la maladie.

Il a été fait allusion à la faculté qu'avait la malade de voir dans l'obscurité, et il paraît à peu près certain qu'elle pouvait y enfiler une aiguille. Quelque temps après elle conçut l'idée, pendant un accès, de faire un sac; on la vit enfiler une aiguille dans une chambre où les autres personnes pouvaient à peine l'apercevoir, et la même nuit elle répéta dans un accès cette opération les yeux fermés et fit le sac.

Dans un accès, elle prépara le dîner, alla dans la cave, prit des végétaux, les apprêta séparément, prit du bois et alluma le feu. Quand ils furent bouillis elle mit la table, et chercha à s'assurer si les végétaux étaient cuits. Après des essais répétés, elle trouva que les plus petits étaient cuits, elle les tira hors du pot, et un instant après en fit autant des autres qu'elle dit être cuits, et cela était vrai.

Elle fit la remarque alors qu'une petite fille de la maison prenait du lait, elle apporta un bol pour elle, en prit un elle-même et mangea. Comme sa famille ne se mettait pas à table, elle devint impatiente et se plaignit que les hommes n'étaient jamais prêts pour dîner. Pendant qu'elle était occupée à sa cuisine, elle aperçut une lampe allumée dans la chambre, et l'éteignit, disant « qu'elle ne savait pas pourquoi on allumait une lampe pendant le jour. » Sur ce qu'on l'engageait à aller se coucher elle répondit qu'il faisait jour; mais elle se décida à le faire, pensant qu'elle n'était pas bien portante et que le sommeil la soulagerait de sa céphalalgie.

Le lendemain, elle ne se souvint de rien comme à l'ordinaire.

Dans le principe, les accès ne revenaient que la nuit, et ordinairement peu de temps après qu'elle était couchée. Plus tard, ils commencèrent de meilleure heure; elle s'endormait alors le soir, étant assise sur sa chaise, ou plutôt elle passait dans l'état de somnambulisme, car son sommeil, dans ces circonstances, n'était jamais naturel. Plus tard encore, l'attaque survenait à toute heure du jour ou du soir. Depuis qu'elle eut des accès pendant le jour, ils revenaient rarement quand elle était au lit; et même lorsqu'elle allait se coucher comme elle le fit souvent dans ce moment, elle restait ordinairement tranquille jusqu'à ce que l'accès se calmât; par fois cependant elle continuait à parler et à chanter. Quelquefois il y avait deux accès distincts par jour.

Voici les symptômes tels qu'ils se manifestaient au moment où l'on a observé la plus grande perspicacité dans la vision :

L'état de somnambulisme était ordinairement précédé par une sensation de plénitude, de pesanteur désagréable dans la tête; quelquefois par une céphalalgie, des bourdonnemens d'oreilles; les extrémités étaient froides; il y avait une grande propension à l'assoupissement, avec le sentiment d'un poids attaché aux paupières; contraction des sourcils, coloration prononcée des joues. Elle pouvait alors retarder son accès de quelques heures; mais pour cela il fallait qu'elle marchât ou eût une occupation active, surtout qu'elle s'exposât au grand air.

Dès qu'elle se relâchait, et quelquefois même au milieu de cet exercice, un reflux avait lieu vers la tête, et elle perdait la faculté de parler et de se mouvoir. Si alors on la transportait subitement en plein air, l'accès s'arrêtait souvent; mais si on tardait un moment de plus, elle perdait toute connaissance, et on ne pouvait plus l'éveiller. On eût dit un sommeil naturel; ses yeux étaient fermés, sa respiration longue et profonde, accompagnée quelquefois d'une espèce de gémissement de douleur. Le pouls était quelquefois accéléré, le plus souvent naturel; la tête parfois chaude, mais les mains et les pieds presque constamment froids.

Ses actes pendant les accès différaient étonnamment. Quelquefois elle se livrait à ses occupations naturelles; ses mouvemens alors étaient très-vifs et impétueux; elle marchait avec une étonnante rapidité; et elle exécutait tous les actes avec une célérité dont elle est entièrement incapable dans son état normal. Souvent elle s'asseyait sur une dormeuse, se balançant parfois, et alors faisant aller sa tête de côté et d'autre, avec une sorte d'anxiété nerveuse; les mains et les pieds étant en même temps affectés de mouvemens involontaires.

Quand elle cessait de parler et de lire et même pendant ces actes, les mouvemens de la tête, l'expression de sa figure et son insensibilité apparente pour les objets environnans, portaient à croire qu'elle dormait. Parfois le corps entier était agité, et on eût dit alors un violent accès hystérique.

En général, les yeux étaient fermés; mais quelquefois ils étaient largement ouverts, et les pupilles étaient alors considérablement dilatées. Ces états différens des yeux ne paraissaient exercer aucune influence sur la vision; elle paraissait voir aussi bien quand les yeux étaient fermés que lorsqu'ils étaient ouverts. Pendant le jour, elle avait toujours les yeux couverts d'un bandeau durant l'accès, et ne voulait pas le laisser enlever un instant, à moins que la chambre ne fût entièrement obscure.

Pour apprécier la sensibilité des yeux, je pris un soir un petit miroir concave, et le plaçai de manière que les rayons provenant d'une lampe étaient réfléchis sur sa paupière fermée. Quand la lumière fut tellement diffuse que le contour de l'espace éclairé pût à peine être distingué, elle produisit, au moment où elle frappa la paupière, un choc pareil à celui d'une batterie électrique, et la malade s'écria :

« Pourquoi me tirez-vous un coup de fusil dans les yeux ? »

Cette expérience fut répétée plusieurs fois, et toujours avec le même résultat. On l'essaya aussi quand elle était éveillée, et l'effet en fut très-sensible, mais bien moins violent. La même intensité de lumière portée sur mes paupières ne produisait aucune douleur.

Il était difficile de préciser jusqu'à quelle point elle était sensible à la présence des objets environnans. En vérité elle ne le paraissait pas également dans tous les accès.

Dans les premiers temps, elle paraissait ne guère s'apercevoir des personnes à moins qu'elles ne se rencontrassent dans la suite de ses idées, et alors elle regar-

dait celles qui étaient avec elle comme les images de celles qu'elle croyait voir. La vue et l'ouïe ne tendaient nullement à rectifier ces fausses impressions. Ainsi, dans son premier accès, elle me prit pour son père aussi long-temps que je restai auprès d'elle. Mais dans les accès suivans cette idée ne lui revint jamais. Ses pensées sur les personnes correspondaient généralement avec l'idée du lieu où elle croyait être.

Elle avait l'habitude, en état de santé, de passer les soirées dans une chambre avec les enfans de la famille, et dans ses accès elle se croyait souvent au milieu d'eux. Les questions qui lui étaient alors adressées pour éprouver ses facultés visuelles, obtenaient des réponses gaies et promptes, parce que c'étaient des questions telles que les enfans peuvent les adresser, ou que du moins elle se l'imaginait. Tout ce qu'elle disait se rapportait également à eux, bien que parfois il fût évident que ses idées étaient singulièrement entremêlées.

Dans un accès, aussitôt après l'arrivée de son père, il lui fit une question à laquelle elle répondit comme si c'eût été un petit garçon qui n'était pas alors dans la chambre; mais elle reconnut immédiatement le couteau de son père, qu'il lui mit dans la main, et s'étonna de le trouver à Springfield tandis qu'il était à Brattleborough.

A une époque plus avancée de la maladie, elle parut mieux comprendre ce qui se disait en sa présence, et elle refusa obstinément de lire des cartes ou de se soumettre à aucune expérience.

(*La suite au prochain numéro*).

Maladie extraordinaire de la peau.

Un homme nommé Lamberte, natif de Suffolk, âgé de 45 ans, se présenta à l'hôpital de Westminster pour faire voir aux médecins et aux élèves de cet établissement, comme une chose curieuse, l'état de sa peau qui lui sert à gagner sa vie.

D'après son rapport, son grand-père était un sauvage, probablement un Esquimaux. Cet homme, amené en Angleterre, se maria et eut des enfans. La maladie de Lamberte consiste dans une éruption écailleuse, cornée, d'une couleur brune particulière, s'élevant de beaucoup au-dessus du niveau de la peau, couvrant tout le corps excepté le visage, la paume des mains et la plante des pieds. Cette substance offre son épaisseur la plus considérable à la face dorsale des mains et au coude-pieds. La peau des diverses parties du corps, surtout des membres, offre de nombreuses rides. La croûte qui constitue les rides du tronc est beaucoup plus mince; les parties de la génération et les bords supérieurs des oreilles sont dans le même état; la voix offre une raucité toute particulière. Le malade affirme que cette maladie est héréditaire, mais suivant seulement la ligne mâle; elle apparaît chez eux vers l'âge de deux mois; les écailles se renouvellent jusqu'à l'âge de 50 ans, époque à laquelle elles deviennent persistantes et prennent du développement sous le rapport de l'épaisseur.

Lamberte a passé vingt-deux ans sur le continent, se faisant voir aux médecins des diverses villes par où il passait. Il a été vu par Blumenbach, Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire, et par plusieurs médecins de Londres. Blumenbach et Cuvier ont parlé de cet homme dans leurs ouvrages. Cuvier a fait, conjointement avec M. Geoffroy Saint-Hilaire, au Jardin des Plantes, des essais variés, dans le but de guérir cette maladie. Ils ne réussirent qu'en partie : ils parvinrent bien à détacher la substance cornée plutôt qu'à l'ordinaire, mais ils ne purent en empêcher le retour. Il y a environ deux ans, on essaya inutilement de le guérir.

Le père Lamberte désirait ardemment d'être débarrassé de cette infirmité et se laissa traiter pendant long-temps, mais sans en retirer aucun avantage. Lamberte est marié; il a une fille dont la peau n'offre rien d'anormal. Son frère a deux fils atteints tous deux de la même maladie. Quant à lui, c'est un homme vigoureusement constitué; sa hauteur est de 5 pieds 9 pouces. Il assure qu'il n'a jamais éprouvé un quart-d'heure d'indisposition dans toute sa vie. (*The Lond. Med. and Surg. Journ.* 13 septembre 1834, et *Arch .gén.*)

N° DU 18.

HOPITAL DE WORCESTER.

La somnambule de Springfield; par le docteur L. W. Belden.

(Suite du numéro précédent.)

Il était évident que dans un accès elle se souvenait de ce qui s'était passé dans l'autre, bien qu'elle l'oubliât dans l'intervalle.

Voici un exemple entre mille. Dans un accès, une bourse de perles qu'elle n'avait jamais vue fut placée dans une de ses mains; elle en examina les couleurs et la compara à celle d'une dame de la maison. Dans un autre accès elle reconnut la même bourse et fit la même comparaison.

On ne pouvait la faire sortir de son somnambulisme. Elle entendait, sentait, voyait, mais ces sensations ne tendaient pas à l'éveiller. Un seau d'eau froide fut une fois jeté sur elle; elle s'écria : « Pourquoi veut-on me noyer? » s'en alla dans sa chambre, changea d'habits et revint.

Des doses considérables de laudanum semblaient apaiser ses souffrances et la rendre plus apte à s'éveiller. Les accès se liaient ordinairement à l'état de l'estomac. Bien que l'appétit fût bon, les digestions étaient pénibles, et assez souvent elle vomissait une partie des alimens.

Pendant les accès, elle demandait souvent à manger, et surtout des pommes; mais si elle mangeait, elle s'éveillait moins promptement.

La famille au sein de laquelle elle vivait était convaincue, par la facilité de ses mouvemens et son habileté à éviter tous les obstacles, qu'elle voyait également quand ses yeux étaient fermés et dans l'obscurité. Je voulus en faire des expériences décisives le 10 novembre.

Jeanne fut placée dans le coin d'une chambre, les lumières à distance, et couvertes de manière à la laisser dans une entière obscurité. Elle lut un grand nombre de billets qui lui furent présentés, dont quelques-uns écrits au crayon, et si légèrement, qu'à peine pouvait-on les distinguer à la lumière. Elle indiqua la date de pièces de monnaie dont la figure était presque effacée. Elle déchiffra la signature d'une lettre que personne n'avait pu lire à la lumière. Pendant tout ce temps ses yeux étaient restés parfaitement fermés.

Le surlendemain, elle tomba dans son sommeil au moment où elle faisait mouvoir une pompe : ce fut sa premiere attaque pendant le jour. Peu après, elle dit à sa compagne : « Quel beau jour, quel brillant soleil ! » Le ciel était couvert de nuages.

Elle refusa d'enfiler une aiguille, et quelques instans après, allant dans une maison voisine, elle rendit ce service à une dame qu'elle connaissait, et qui le lui demanda en lui faisant observer qu'elle était vieille. Elle s'éveilla dans l'après-midi, et fut très-affectée de voir que ses accès commençaient dans le jour.

Dans l'accès suivant, le lendemain matin, elle fut visitée par une centaine de personnes ; aussi son accès fut-il beaucoup plus long ; il dura quarante-huit heures. Elle lut dans ce temps un grand nombre de billets que lui présentèrent différentes personnes, connut l'heure à la montre et écrivit quelques courtes phrases.

Pour plus de certitude, un second mouchoir fut placé quelquefois sous celui qu'elle portait constamment sur ses yeux, mais sans aucune gêne apparente de la vision. Elle répéta aussi diverses pièces de vers dont elle avait su quelques-unes dans sa jeunesse, et dont elle avait lu les autres quelques années auparavant, sans jamais les avoir apprises par cœur ; elle chanta aussi, ce qu'elle ne faisait jamais éveillée.

Le 20 novembre, je lui mis sur les yeux un grand mouchoir de soie noire, dans les plis duquel je plaçai deux morceaux de toile de coton épaisse, de manière à remplir exactement les cavités de chaque côté du nez. On écrivit alors sur du papier divers noms de personnes connues ou inconnues d'elle, et elle les lut sans hésitation. J'ajoutai alors deux morceaux de ouate qui remplirent la cavité oculaire et descendaient jusque sur le milieu de la joue, je plaçai par dessus le mouchoir : les expériences donnèrent le même résultat. Elle écrivit aussi son nom avec un crayon, d'une manière parfaitement distincte, et en mettant le point sur l'*i*. Elle écrivit ensuite *Springfield*, mais elle fit observer en souriant qu'elle avait omis une lettre qu'elle remit à sa place.

Une montre enfermée dans une boîte lui fut remise, et on la pria de dire l'heure. Après avoir regardé des deux côtés, elle ouvrit la boîte et dit l'heure.

Dans un accès suivant, on enleva les lumières, ferma hermétiquement les volets de la chambre, de sorte qu'il était impossible de rien distinguer. Deux livres lui furent présentés, et elle lut immédiatement les titres, quoiqu'elle n'eût jamais vu un de ces livres. Une autre fois elle lut trois pages entières d'un poëme.

Enfin, le 5 décembre 1833, Jeanne entra à l'hôpital de Worcester. L'extrait suivant des registres de cette maison donnera une idée des progrès de la maladie, et confirmera les observations relatives à l'étendue de ses facultés visuelles.

Jeanne n'eut un accès que le lendemain soir, 6 décembre. Sa respiration était alors difficile, elle était agitée continuellement ; elle ne parla que quand on lui adressa la parole. Elle indiqua l'heure à une montre dans l'obscurité et les yeux bandés. Le pouls était à 72, calme. Elle répondit avec justesse, mais impatience. Elle dit d'abord qu'elle n'irait pas à Worcester, et un instant après se plaignit d'être observée à l'hôpital, et désira en sortir. Une heure et demie après le début de l'accès, on lui mit les pieds dans un bain d'acide nitro-muriatique. Cinq minutes après elle fut calme, et s'endormit paisiblement. Au bout de quelques minutes elle s'éveilla très-bien disposée.

Jusqu'au 13, elle eut d'un à trois accès par jour. Dans quelques-uns elle répéta des pièces de vers, et se promena les yeux bandés sans inconvéniens, de chambre en chambre. La plupart de ces accès parurent au médecin occasionés par une mauvaise nourriture, et surtout par l'abus de fruits.

Le 13 décembre, Jeanne eut l'accès le plus intéressant depuis son entrée. La veille, dans l'accès, elle avait perdu un livre qu'elle n'avait pu retrouver ; dès qu'elle fut en accès, elle se dirigea vers le sopha, souleva l'oreiller, prit le livre et se mit à lire ; elle se lut à elle-même deux ou trois pages. Ses yeux étaient alors bandés avec un mouchoir blanc reployé huit ou dix fois sur lui-même. On lui proposa de jouer au tric-trac ; elle répondit qu'elle ne connaissait pas ce jeu, mais qu'elle voulait bien l'apprendre. Quelqu'un la fit jouer, et elle compta bientôt les points avec exactitude. Dans un autre accès, l'après-midi, elle joua si bien qu'elle gagna la sixième partie à un jouenr habile.

Les accès continuèrent ainsi tous les jours. Dans celui du 30 décembre, elle écrivit une longue lettre à sa tante, dont elle ne se rappela pas ensuite le contenu ; elle racontait sa maladie et son arrivée à Springfield.

Le docteur Belden, qui l'a visitée récemment, au commencement de 1834, a trouvé son état bien amélioré. La face est moins colorée, la tête rarement douloureuse, et la chaleur des extrémités revenue, etc.

Enfin dans une dernière lettre du docteur Woodward à M. Belden, il s'exprime ainsi. Les accès ont cessé depuis neuf jours. Jeanne est en bonne santé ; elle n'éprouve qu'un peu de malaise après avoir mangé. Elle n'a jamais paru si joyeuse depuis sa résidence à Worcester.

La semaine dernière, elle a rempli les fonctions d'infirmière, en l'absence d'une des nôtres, et tous les jours

elle travaille plus ou moins. Pendant le dernier accès, j'ai appliqué des sangsues à la tête. Elle s'éveilla bien surprise, dit-elle, de ce *nouvel ornement de tête.*

Voilà, en résumé, les parties les plus intéressantes de cette curieuse observation dont l'authenticité paraît bien prouvée, et que nous livrons à la méditation de nos confrères ; l'*Américan Journal* d'où nous l'extrayons l'a empruntée et l'a recueillie à une leçon faite au collége de Springfield.

N° DU 20.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Clinique de M. Bouillaud.

Péricardite aiguë entée sur une ancienne hypertrophie du cœur avec une lésion organique des valvules ; présence des caillots fibrineux dans la cavité du ventricule gauche. Réflexions ; par M. A. Raciborski, D.-M.-P.

N..., âgé de 20 ans, élève de l'école d'Alfort, d'un tempérament lymphatique, est entré le 2 décembre 1834 à l'hôpital de la Charité, salle St-Jean-de-Dieu, n. 24.

Ce jeune homme dit avoir eu, il y a deux ans, une maladie caractérisée par de la toux avec expectoration et de la douleur dans la poitrine ; mais il ne se rappelle pas si dans ces crachats il y avait du sang, et quel côté de la poitrine a été envahi par la douleur. Il fut saigné une ou deux fois, et on lui fit des frictions avec la pommade d'Autenrieth sur le devant de la poitrine. Il but des boissons délayantes, et, à la même époque, il eut une anasarque générale qui se dissipa peu de temps après.

Il y a trois mois qu'il ressentit une céphalalgie assez violente, à la suite de laquelle il lui survint une bouffissure générale. Ses jambes étaient enflées autour des malléoles et principalement le soir. La respiration devint de plus en plus gênée, et lorsqu'il marchait vite ou lorsqu'il montait un escalier, il éprouvait un essoufflement qui a été toujours croissant, et des battemens de cœur plus forts.

— *Etat du* 2 *décembre.* Formes arrondies ; bonne conformation de la poitrine ; peau décolorée ; bouffissure générale, œdème autour des malléoles ; figure pâle ; lèvres décolorées, légèrement violettes. Le malade se plaint d'une douleur vague, obtuse dans la poitrine, et d'élancemens dans les oreilles.

La région précordiale présente une voussure très-manifeste. La percussion donne dans cette région le son mat dans une étendue de 4 pouces 8 lignes transversalement, et de 4 pouces 6 lignes dans le diamètre vertical. La pointe du cœur est déviée à gauche. La main appliquée sur la région précordiale sent un frémissement cataire. Au moyen de l'auscultation, on distingue parfaitement les deux bruits, dont un, le bruit de souffle, est plus profond, accompagne la contraction des ventricules, et est plus marqué vers la région auriculo-ventriculaire gauche ; l'autre bruit, imitant exactement le cri d'une scie ou le bruit que donnent deux morceaux de papier sec qu'on glisse l'un sur l'autre (bruit de scie), est très-superficiel et correspond à chaque rapprochement des ventricules contre les parois thoraciques.

Le malade tousse un peu sans expectoration ; la résonnance de la poitrine est bonne, et la respiration se fait bien partout. 80 pulsations ; pouls petit, irrégulier, intermittent.

Depuis quelques jours, vomissement de matières liquides tantôt claires, tantôt d'un jaune verdâtre. Pas de dévoiement ; langue couverte d'un enduit jaune, légèrement rosée sur ses bords et à la pointe. Orge et chiendent gommés, 3 pots ; lavement huileux ; diète.

Le 3, l'œdème des malléoles n'existe plus ; bouffissure de la face plus prononcée. Les réponses sont plus lentes ; léger assoupissement. Les bruits du cœur sont les mêmes. Orge et chiend. nitrés ; deux gouttes d'huile de croton-tiglium dans une tasse de bouillon aux herbes ; diète.

Le 4, une seule selle. Pas de vomissement. *Ut suprà,* excepté l'huile de croton.

Le 5, douleurs sourdes dans toute la poitrine qui augmentent pendant les fortes inspirations. Les battemens du cœur sont réguliers, bruit de scie très-marqué. *Ut suprà*, trois bouillons ; un œuf ; eau rougie.

Le 6, le frottement de deux feuillets du péricarde est plus marqué, plus sec, et s'approche davantage du bruit de scie. Même prescription.

Le 7, l'oppression est plus forte, ainsi que la douleur qui augmente dans les fortes inspirations. La main appliquée sur la région précordiale distingue toujours le frémissement cataire, et, au moyen de l'oreille, on découvre en dehors et un peu au-dessous du mamelon gauche, outre les deux bruits dont nous avons déjà parlé, un bruit de *piaulement* très-marqué. La somnolence et la stupeur augmentent ; soif vive ; langue sèche, rugueuse ; dents et lèvres croûteuses. Pouls petit, régulier ; pressentiment d'une fin prochaine. Le malade demande une potion calmante. *Ut suprà.*

Le 8, la chaleur et la sécheresse de la peau augmentent ; 88 pulsations ; pouls petit ; langue sèche, croûteuse ; dévoiement. Les mêmes symptômes du côté du cœur ; un peu de délire ; assoupissement profond.

A la visite, le malade a été pris de perte de connaissance, de mouvemens convulsifs avec de l'écume à la bouche. Figure colorée, veines jugulaires gonflées, mouvemens convulsifs des yeux ; les pupilles dilatées se contractent sous l'influence de la lumière ; respiration stertoreuse. L'impulsion du cœur est très-considérable ; le bruit de scie est très-prononcé. *Ut suprà.* Deux vésicatoires aux mollets.

Le 9, le malade, interrogé sur ce qui lui est arrivé hier, fait des efforts pour se le rappeler, et, après une longue réflexion, il dit qu'il a un souvenir confus de

ce qui s'est passé. Il a éprouvé une épistaxis peu abondante. 96 à 100 pulsations. Les bruits du cœur sont les mêmes. Même prescription ; diète.

Le 10, assoupissement plus profond ; respiration gênée. 72 pulsations ; pouls régulier, mais très-petit. Un large vésicatoire à la nuque ; sinapismes aux pieds ; lav. purgatif.

Le 11, l'assoupissement allait toujours croissant.

Mort entre onze heures et minuit de la nuit du 10 au 11.

Autopsie.

Le sujet est d'une constitution forte, d'une taille élevée ; mais il présente une anasarque générale. A l'ouverture de l'abdomen et des parois thoraciques, il s'écoule un peu de sérosité. Après avoir enlevé la partie antérieure du thorax, on aperçoit des adhérences entre le poumon gauche et le péricarde, ainsi qu'entre le poumon droit et la paroi antérieure de la poitrine.

Le péricarde contient quatre bonnes cuillerées de sérosité de couleur d'acajou. Le feuillet pariétal paraît être épaissi, et présente des aborisations très-manifestes qui ont lieu dans le tissu cellulaire sous-séreux. Sa surface interne est généralement lisse et polie. Le feuillet cordial est couvert sur toute sa surface antérieure de fausses membranes minces, molles, d'une récente formation. Ces fausses membranes se bornent au feuillet cordial dans toute l'étendue de la face antérieure du cœur, et ce n'est qu'en tirant plus à gauche qu'on les voit, arrangées en une espèce de ruban mince et facile à déchirer, réunir les deux feuillets.

Après avoir enlevé ces fausses membranes, on aperçoit la surface du feuillet viscéral, qui est polie, et présente des arborisations très-prononcées, ayant leur siége dans le tissu cellulaire sous-membraneux.

La face postérieure du feuillet cordial du péricarde est couverte de fausses membranes d'une meilleure consistance, s'enlevant à grands lambeaux, et ayant l'aspect de la langue d'un herbivore. Tout-à-fait à droite, en tirant vers la face antérieure de l'oreillette droite, on aperçoit encore une lanière de fausse membrane qui réunit les deux feuillets.

Les fausses membranes de la face postérieure montent jusqu'à l'oreillette et la base des gros vaisseaux.

Le cœur non vidé de caillots a 5 pouces de hauteur ; son diamètre transversal est de 4 pouces 1/2 ; l'épaisseur 3 pouces ; le poids est de 551 gram.

Le ventricule droit est généralement hypertrophié, ses parois ont, dans certains points, 4 lignes d'épaisseur et 3 lignes vers la pointe. La valvule tricuspide est normale. L'oreillette ne présente rien de remarquable. Le feuillet cordial du péricarde présente, dans certains points, à peu près une ligne d'épaisseur. Un caillot décoloré et d'une formation non récente, passe par l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et se contourne autour de la valvule pour sortir par l'orifice de l'artère pulmonaire.

Côté gauche. Les valvules aortiques ferment exactement leurs orifices. Un caillot décoloré passe par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, se réfléchit sur un tendon de la valvule voisine de l'orifice aortique, et flotte librement dans la cavité du ventricule. Les parois du ventricule gauche ont à peu près un pouce d'épaisseur, et sa cavité est très-petite. La valvule bicuspide est plus épaisse que dans l'état normal, et présente quelques inégalités. Les deux colonnes charnues qui sont les tenseurs de cette valvule sont considérablement épaissies.

L'oreillette gauche présente à l'intérieur quelques plissemens et une fausse membrane qui adhère presque dans toute l'étendue, et avec assez de force, à la membrane interne de l'oreillette.

Les valvules aortiques sont légèrement épaissies.

Poumons. Engouement considérable dans la partie déclive des deux poumons. En les incisant on ne produit pas de crépitation, si ce n'est un peu au sommet. Il s'écoule beaucoup de sérosité sanguinolente.

Estomac. La muqueuse est fortement plissée et ramollie dans certains points.

Foie. Le foie est plus gros que dans l'état normal. Il recouvre en grande partie l'estomac, et est fortement congestionné.

La rate est légèrement hypertrophiée, mais elle ne dépasse pas les fausses côtes.

Cerveau. A l'ouverture des membranes, il s'écoule un peu de sérosité. Les fosses occipitales contiennent deux ou trois cuillerées d'une sérosité rougeâtre. L'arachnoïde est généralement injectée, et principalement sur le lobe antérieur gauche, où elle est manifestement épaissie.

La substance cérébrale est sablonnée, principalement à gauche, où sortent des incisions des gouttelettes de sang noir.

Les ventricules contiennent un peu de sérosité.

Voies urinaires. La vessie est distendue.

— Cette observation est très-intéressante sous plusieurs points de vue. Trois affections différentes du centre circulatoire réunies chez le même sujet : lésion des valvules du cœur, péricardite et caillots sanguins.

Nous ne pouvons trop témoigner ici de notre admiration pour les savans travaux des auteurs modernes, qui nous ont permis de constater ces lésions pendant la vie. On sait que jusqu'à l'époque de Corvisart, on ne connaissait que deux affections principales du cœur, l'hypertrophie avec dilatation (anévrisme actif), et la dilatation avec amincissement des parois (anévrisme passif).

Les travaux de M. Bouillaud ne nous ont pas seulement appris que l'hypertrophie du cœur est susceptible d'une plus grande variété de formes, mais encore que cette affection est rarement primitive, et que le plus souvent elle est la suite d'une des lésions des valvules ou des orifices du cœur. Le cœur ne fait que partager dans ce cas le sort de tous les autres muscles, et les ventricules qui, pour expulser le sang par une ouverture rétrécie, sont obligés de faire plus d'efforts, s'hypertrophient comme les muscles du bras chez un manouvrier, ou ceux de la jambe chez un danseur.

Ce n'est pas alors contre l'hypertrophie que le traitement sera immédiatement dirigé, mais contre les lésions des valvules on des orifices ; lésions qui, dérivant fréquemment, comme on l'a constaté par des observations nombreuses, des inflammations de la membrane interne du cœur, exigent un traitement approprié à leur nature inflammatoire. Mais, de même qu'en chirurgie il est facile de réduire une luxation lorsque les parties qui entourent la tête de l'os déplacé sont encore molles, et qu'au contraire la réduction devient impossible après la formation des fausses articulations, de même, en médecine, on guérit facilement une congestion sanguine au moyen des émissions de sang ; mais si cette congestion dure assez long-temps pour que le fonctionnement des lois vitales puisse donner naissance à différentes sécrétions susceptibles ou non de s'organiser, l'art devient impuissant pour les combattre.

C'était donc rendre un immense service à la science que de donner des moyens de reconnaître le mal lorsqu'il est encore susceptible de guérison. Une étude attentive des affections du centre circulatoire, nous a convaincu que dans la plupart des cas l'inflammation de la membrane interne du cœur (endocarde) est consécutive à l'inflammation du péricarde. Les expériences directes sur les animaux nous ont encore récemment confirmé ce fait.

Un de nos amis, M. Deselaux, médecin de beaucoup de mérite, injecta de l'alcool dans le péricarde de plusieurs lapins, et remarqua, quelques jours après l'injection, presque dans tous les cas, outre les signes d'une péricardite, les valvules du cœur rouges et boursouflées.

Dernièrement nous avons répété ensemble la même expérience, l'animal périt douze heures après l'injection, et nous trouvâmes déjà de petites granulations sur la valvule bicuspide.

Toutes les fois donc que l'on aura reconnu la présence d'une péricardite, il sera urgent de diriger un traitement actif contre cette affection, aussi bien pour la combattre elle-même que pour prévenir les lésions des valvules, si souvent mortelles.

Jusqu'à ces derniers temps le diagnostic de la péricardite était encore un problème non résolu. Laënnec, à qui l'auscultation n'a presque jamais manqué dans les affections des organes respiratoires, avoue qu'on devine sa présence plutôt que de la reconnaître. Il y a quelques années que M. Louis s'est livré à des travaux qui jetèrent déjà un grand jour sur le diagnostic de cette affection : mais les symptômes donnés par cet observateur célèbre comme signes d'une péricardite, peuvent accompagner des affections différentes. Ce n'est que depuis l'époque où M. le professeur Bouillaud s'est appliqué spécialement à l'étude des affections du centre circulatoire, que l'auscultation, propice à ses recherches toujours fécondes, est venue lui donner des signes caractéristiques de la péricardite.

Une fois la marche aiguë de cette maladie réunie à la matité d'une étendue plus ou moins grande de la région précordiale, à l'éloignement et à la faiblesse des bruits du cœur, ne permettra pas de douter de sa présence.

Une autre fois les fausses membranes et les différentes inégalités qui se forment sur les feuillets du péricarde enflammé, donnent lieu à différens bruits superficiels connus sous le nom de frottement, bruit de scie, de soufflet, de cuir neuf, etc. D'autres fois ces derniers bruits, entendus plus profondément et dans les régions correspondantes aux orifices du cœur, indiqueront la propagation de l'inflammation du péricarde jusqu'à la membrane interne (endocarde).

La péricardite pouvant être reconnue facilement à l'aide de tous ces signes, est devenue d'un prognostic bien moins grave qu'auparavant.

La formation des caillots sanguins dans les cavités du cœur lors de la vie, tour à tour admise et contestée, est aujourd'hui un fait évident. Nous les avons vu naître artificiellement et s'organiser après des injections irritantes dans le péricarde. Leur présence ne peut pas être sans influence sur le cours du sang.

Il y a un an que nous avons entendu chez un malade qui se trouvait absolument dans les mêmes conditions que celui qui fait le sujet de cette observation, un bruit de pianlement accompagnant les battemens du cœur, et l'autopsie nous offrit un caillot à demi organisé passant par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. C'est le même bruit que nous avons constaté chez le malade dont nous nous entretenons actuellement, et cette circonstance fit présumer à M. Bouillaud que le cœur renfermait des caillots, présomption qui s'est trouvée également réalisée par l'autopsie. Nous soumettons ces faits intéressans à l'attention des praticiens.

Si nous remontons à l'origine des maladies que présentaient avant sa mort le jeune homme dont il s'agit, nous croyons que l'affection dont il fut atteint il y a deux ans, et dont il ne sut nous déterminer la nature, était la péricardite. Cette affection méconnue aurait probablement donné lieu successivement à l'endocardite, à l'épaississement de la valvulve bicuspide, à des granulations, à l'hypertrophie générale du cœur. Quant à la péricardite dont nous avons trouvé des traces à l'autopsie, aurait-elle daté de trois mois, époque à laquelle l'état du malade commença à s'empirer? Nous sommes portés à croire qu'elle était moins ancienne, et que l'intelligence obtuse du malade ne lui a pas permis de nous donner les éclaircissemens nécessaires.

Un obstacle aussi considérable à la circulation que celui qui devait résulter de la réunion des affections mentionnées, explique suffisamment l'anasarque générale. Les mouvemens convulsifs dans les derniers instans de la vie du malade, dépendaient certainement de la présence de l'épanchement dans les ventricules dont nous avons constaté les traces à l'autopsie.

Pour terminer nos réflexions sur cette observation intéressante, qui nous a donné lieu de mentionner succinctement les derniers progrès de la médecine sur les maladies du cœur, nous fixerons l'attention des praticiens sur un fait très-remarquable. Depuis que nous suivons la clinique de M. Bouillaud, nous avons rencon-

tré chez la plupart des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, l'inflammation du péricarde. Cette circonstance, qui certainement a échappé plus d'une fois à l'attention des médecins, n'aurait-elle pas une influence remarquable sur la persistance de la fièvre dans le rhumatisme articulaire, même après la cessation des symptômes du côté des articulations.

N° DU 23.

ÉCOLE DE MÉDECINE.

Cours de Pathologie interne; M. ANDRAL, professeur.

Leçons sur l'entérite folliculeuse.

Dans la gastro-entérite, dont nous avons terminé l'histoire, les lésions portent principalement sur le plan de la muqueuse gastro-intestinale. Dans l'entérite-folliculeuse que nous allons étudier, ces lésions affectent surtout les follicules agminés et isolés qui parsèment cette membrane. Dans ce cas il y a participation constante des systèmes nerveux et circulatoire à ces phénomènes morbides, qui révèlent l'altération des follicules intestinaux. Le sang paraît avoir subi de notables altérations dans quelques cas. Ces altérations sont reconnaissables :

1° Par les sens ;

2° Par la nature des symptômes, qui offrent une grande analogie avec ceux qu'on observe dans les cas où certaines substances vénéneuses ou putrides ont été introduites dans le système circulatoire.

De plus, dans l'entérite folliculeuse, les symptômes généraux l'emportent de beaucoup sur les symptômes locaux, et les masquent quelquefois au point qu'il n'y a d'appréciable pour l'observateur que le trouble des grands appareils de l'économie.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de cette affection. Pour les uns, la lésion intestinale rend compte de tous les symptômes; il y a toujours proportion entre l'étendue de l'altération et la gravité des symptômes. Enfin toute la maladie est dans le canal intestinal.

Les troubles de l'innervation et de la circulation sont purement sympathiques. Sous ce rapport ils n'admettent pas de différence entre l'entérite folliculeuse et la gastro-entérite. Selon d'autres, la lésion des follicules intestinaux est primitive, elle se montre dès le début, et est le point de départ des troubles de l'innervation et de la circulation. L'altération du tube digestif joue dans la production des symptômes nerveux le même rôle que la solution de continuité dans le tétanos. C'est la plaie qui a été la cause déterminante des symptômes tétaniques; mais la plaie guérie, le tétanos persiste. Enfin, pour quelques médecins, l'altération des follicules intestinaux n'est qu'un effet d'une cause générale, n'est qu'une lésion consécutive, un simple élément de la maladie. Ils comparent sous ce rapport l'entérite folliculeuse aux exanthèmes fébriles, dans lesquels la lésion de la peau n'est qu'un simple élément pathologique d'un état général.

Avant de prendre un parti entre ces diverses opinions, exposons successivement les caractères anatomiques, les causes et les symptômes de l'entérite folliculeuse.

Différens noms ont été imposés à cette affection. MM. Petit et Serres, qui en ont bien décrit les lésions anatomiques dans un traité publié en 1811, l'avaient désignée par le nom de *fièvre entéro-mésentérique*. MM. Chomel et Louis l'on décrite plus tard sous le nom de *fièvre typhoïde;* M. Bretonneau l'a appelée *dothinentérie;* je l'avais moi-même désignée dans la première édition de ma clinique, sous le nom d'*exanthème intestinal.* M. Broussais lui a conservé la dénomination de *gastro-entérite*, et M Bouillaud la nomme *entéro-mésentérite typhoïde.*

Caractères anatomiques. La lésion principale a son siége dans les follicules qui parsèment la muqueuse intestinale. Le plan même de la muqueuse est intact, si non dans tous les cas, du moins dans un assez grand nombre. Elle n'occupe pas indistinctement toutes les parties du tube digestif. C'est spécialement dans la partie inférieure de l'iléon, sur la valvule iléo-cœcale, dans le cœcum et le colon, que résident les principales altérations : elles deviennent rares à mesure qu'on s'approche de l'estomac. Celui-ci est sain dans le plus grand nombre des cas. On n'y a jamais observé de cryptes isolés.

Les follicules isolés, ou glandes de Brunner, se présentent sous la forme de petits boutons s'élevant au-dessus du niveau de la muqueuse. Ils sont rouges au début, puis deviennent bruns. Ils peuvent s'affaisser et disparaître promptement, ou bien rester long-temps stationnaires et passer à l'état chronique. Ils peuvent se transformer en une ulcération qui, commençant par le sommet, s'étend peu à peu jusqu'à la base.

Le nombre de ces boutons est variable; ils sont quelquefois discrets, quelquefois confluens à la manière de certaines varioles. L'intestin offre dans ce cas le même aspect que la peau dans cet exanthème fébrile. La ressemblance est d'autant plus frappante que l'ulcération du sommet des follicules leur donne la forme ombiliquée des pustules varioliques. D'autres fois ils sont entièrement détruits et remplacés par des ulcérations qu'on dirait faites avec un emporte-pièce.

La lésion des follicules isolés caractérise moins la maladie que celle des follicules agminés que nous allons décrire.

Les follicules agminés, peu appréciables dans l'état physiologique, se montrent pendant le cours de l'affection typhoïde sous la forme de plaques ovalaires ou arrondies, d'un rouge vif ou brunâtre. Leur saillie n'est pas exclusivement due au développement des follicules qui les composent, mais à l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux. Leur surface est inégale, grenue, gauffrée. Dans les cas où la maladie se termine par résolution, elles pâlissent et s'affaissent, et

l'on ne trouve plus à leur place qu'un ponctué noir offrant une grande ressemblance avec une barbe récemment faite.

Si, au contraire, la maladie marche, il se forme à leur surface des érosions qui s'étendent de plus en plus, et transforment quelquefois les plaques en une ulcération ovalaire.

Cette ulcération envahit quelquefois la muqueuse elle-même; d'autres fois les plaques sont frappées de gangrène; une escarre se forme, se détache, et laisse une ulcération dont les bords, d'un rouge vif, sont constitués par la muqueuse, et le fond par le tissu cellulaire sous-jacent ou par la membrane musculaire. Ces ulcérations peuvent rester long-temps stationnaires. Quelquefois elles gagnent en profondeur, et déterminent la perforation des parois intestinales. Quelquefois des vaisseaux s'ouvrent à la surface de ces ulcérations, et il en résulte une hémorrhagie foudroyante. Dans d'autres cas, au lieu de gagner en profondeur et en largeur, elles tendent à la cicatrisation. Leurs bords s'affaissent et pâlissent, ainsi que le fond; une pellicule même se forme à leur surface, véritable muqueuse rudimentaire, privée de villosités comme la muqueuse des bronches et des sinus frontaux. D'autres fois on observe quelques froncemens qui indiquent la cicatrisation des ulcères.

Le siége de ces plaques a été indiqué plus haut. Le nombre en est variable. Dans quelques cas on en observe deux ou trois; dans d'autres on en observe un très-grand nombre. Dans la majorité des cas, la gravité des symptômes est proportionnée à l'étendue des altérations; il y a néanmoins quelques exceptions.

Pour décider la question de savoir si la lésion des follicules joue un rôle dans la production des symptômes de la fièvre typhoïde, il était important de rechercher si cette altération se montre dès le début. Il n'existe dans la science aucun cas de terminaison par la mort avant le cinquième jour. Quelle que soit la période de la maladie à laquelle les malades ont succombé, l'exanthème intestinal a été trouvé sur le cadavre. M. Bretonneau l'a trouvé le cinquième jour, M. Andral le sixième, M. Chomel le septième, et M. Louis le huitième.

M. Bretonneau a soutenu que l'exanthème intestinal présentait dans sa marche des périodes fixes, qui, par leur régularité, se rapprochaient de celles qu'offre la variole; de manière qu'en connaissant l'époque de la maladie à laquelle la mort est survenue, on pourrait d'avance annoncer quel serait l'état des plaques avant l'ouverture du cadavre. M. Andral développe ici la doctrine de M. Bretonneau, et pense que les faits ne permettent pas d'attribuer à l'entérite folliculeuse des périodes fixes, comme on l'a soutenu.

Ces plaques se retrouvent-elles avec les caractères anatomiques que nous venons de décrire, dans des maladies autres que l'entérite folliculeuse? A cette question, on peut hardiment répondre par la négative. On en a trouvé, il est vrai, chez des individus qui avaient succombé à la variole, à la scarlatine, mais elles n'offraient point tous les caractères des plaques de la dothinenterie.

Dans le choléra épidémique, on a trouvé aussi dans le canal intestinal des follicules très-développés, mais ces follicules offraient un aspect tout différent de celui que présente l'exanthème intestinal dans l'entérite folliculeuse. On retrouve quelquefois dans la phthisie pulmonaire des ulcérations analogues à celles de la dothinenterie. Mais ici la marche chronique de la maladie ne permet pas de confondre ces ulcérations avec celles de l'entérite folliculeuse. Elles présentent d'ailleurs souvent une forme annulaire qu'on ne retrouve pas dans cette dernière affection.

Telle est la lésion principale, la lésion constante qu'on retrouve dans les voies digestives des sujets qui ont succombé à la dothinenterie. Les autres altérations sont variables. La muqueuse, dans l'intervalle des follicules, est tantôt saine, tantôt altérée. Dans le dernier cas elle peut présenter toutes les lésions que nous avons trouvées dans la gastro-entérite, depuis la simple rougeur jusqu'au ramollissement et à l'ulcération. Le jéjunum, le duodénum et l'estomac tantôt son exempts d'altération, tantôt présentent de la rougeur, du ramollissement, etc. L'œsophage et le pharynx sont tantôt pâles, tantôt rouges, ils offrent plus souvent des ulcérations dans cette maladie que dans toute autre affection.

Les lésions du système vasculaire à sang rouge n'offrent rien de constant. Le cœur a été quelquefois trouvé un peu plus flasque que de coutume Quant à la rougeur de sa surface interne, dans la grande majorité des cas, elle nous a paru être un phénomène cadavérique. Le sang contenu dans les cavités a été trouvé plus diffluent que dans les phlegmasies ordinaires. Mais cela n'offre rien de constant. Il n'en est pas de même des lésions de l'appareil de la circulation lymphatique. Les ganglions mésentériques sont, dans la grande majorité des cas, plus ou moins gravement affectés. On les trouve tantôt rouges et tuméfiés, tantôt on y découvre plusieurs points en suppuration, d'autres fois ils sont transformés en de véritables kystes remplis de pus. La rate est souvent altérée. Tantôt elle a un volume double et triple de l'état normal; tantôt elle n'a pas augmenté de volume, mais elle est réduite en bouillie.

Les lésions de l'appareil respiratoire sont assez fréquentes. On trouve d'ordinaire la muqueuse bronchique, rouge, injectée. Quant au parenchyme pulmonaire, il présente des altérations variables. Tantôt ce n'est qu'un simple engouement, tantôt c'est une véritable hépatisation qu'on y observe, d'autres fois c'est un ramollissement analogue à celui de la rate.

Les lésions de l'appareil des sécrétions n'offrent rien de constant. La parotide et le tissu cellulaire qui l'entoure sont quelquefois tuméfiés. Le foie a été trouvé quelquefois ramolli. La muqueuse de la vessie a été trouvée rouge chez quelques sujets, qui avaient été long-temps soumis au cathétérisme.

Quant aux lésions des appareils de la vie de relation, qui pendant la vie offrent de si notables désordres, elles sont nulles dans la grande majorité des cas. Elles n'offrent rien de spécial, soit dans les centres nerveux, soit dans leurs dépendances.

N° DU 25.

BULLETIN.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

M. Magendie a présenté lui-même à l'académie des sciences la huitième édition de son formulaire, dont il a fait l'analyse, en insistant sur les additions suivantes :

Acide lactique.

L'existence de l'acide lactique a été long-temps douteuse; admise par plusieurs chimistes distingués, elle était niée par d'autres non moins célèbres qui ne le croyaient autre que l'acide acétique. Cette question est décidée aujourd'hui par l'affirmative au grand avantage de la thérapeutique, car il me paraît très-probable que cette substance deviendra un médicament utile.

Procédé pour obtenir l'acide lactique.

On l'extrait, soit du lait, soit du suc de betterave. Si on opère sur ce dernier, on l'abandonne à lui-même dans une étuve dont la température est constamment maintenue entre 25 et 30°. Au bout de quelques jours un mouvement tumultueux, connu sous le nom de fermentation visqueuse, se manifeste dans toute la masse, du gaz hydrogène mêlé de gaz hydrogène carbonné se dégage en grande abondance. Quand le liquide a repris sa fluidité première, et que la fermentation est terminée, ce qui arrive ordinairement après environ deux mois, on évapore jusqu'en consistance de sirop; toute la masse est alors traversée d'une multitude de cristaux de mannites qui, lavés avec de petites quantités d'eau froide, et comprimés, sont de la plus grande pureté; la masse contient en outre un suc qui présente toutes les propriétés du sucre de raisin.

On traite le produit de l'évaporation par l'alcool, qui dissout l'acide lactique et laisse précipiter beaucoup de matières qui n'ont pas été examinées. L'extrait alcoolique est repris par l'eau, qui laisse un nouveau dépôt. La liqueur est ensuite saturée par du carbonate de zinc d'où résulte une précipitation encore plus abondante que les autres. Après concentration, le lactate de zinc cristallise; il est recueilli et chauffé avec de l'eau, à laquelle on ajoute du charbon animal, préalablement lavé à l'acide hydrochlorique; on filtre bouillant, et le lactate de zinc se sépare en cristaux d'une blancheur parfaite; on les lave encore avec de l'alcool bouillant, dans lequel ils sont insolubles. En les traitant ensuite et successivement par le baryte et l'acide sulfurique, on en retire l'acide lactique, que l'on concentre dans le vide. En l'agitant enfin avec de l'éther sulfurique, qui le dissout, on en sépare quelque trace de matière floconneuse (1).

(1) Annales de Chimie et de Physique. Avril 1833.

Une grande quantité de lait abandonnée depuis long-temps à la fermentation et traitée de la même manière, fournit aussi de l'acide lactique. M. Corriol en a reconnu la présence dans l'infusion aqueuse de noix vomique (*Strychnos nux vomica*).

Propriétés physiques et chimiques de l'acide lactique.

Concentré dans le vide jusqu'à ce qu'il ne perde plus d'eau, l'acide lactique est un liquide incolore d'une consistance sirupeuse, et dont la densité, à la température de 20° 5, est égale à 1,215. Il est inodore; sa saveur est excessivement acide et comparable à celle des acides végétaux les plus puissans; exposé au contact de l'air, il en attire l'humidité; l'eau et l'alcool le dissolvent en toute proportion.

L'une de ses propriétés la plus remarquable, et qu'il importe surtout au médecin de connaître, c'est sa promptitude à dissoudre le phosphate de chaux, surtout celui des os.

Emploi de l'acide lactique.

L'acide lactique étant un agent de la dissolution des alimens dans l'estomac, j'ai pensé qu'il pourrait être employé avec avantage dans le cas de dispepsie, ou de simple affaiblissement des organes digestifs. Je le donne sous forme de limonade ou de pastilles : voici les formules que j'ai le plus souvent employées.

Limonade lactique.

Acide lactique liquide,	1 à 4 gros.
Eau commune,	1 pinte.
Sirop de sucre,	2 onces.

J'ai fait faire des pastilles, dont je recommande l'usage aux praticiens.

Pastilles d'acide lactique.

Acide lactique pur,	2 gros.
Sucre pulvérisé,	1 once.
Gomme adragante,	q. s.
Huile volatile de vanille,	4. gouttes.

Faites des pastilles d'un demi-gros.
Conservez dans un vase bien bouché.

On peut sans inconvénient prendre jusqu'à six de ces pastilles en vingt-quatre heures.

A raison de la promptitude avec laquelle l'acide lactique dissout le phosphate de chaux, il serait rationnel d'essayer cet acide dans le cas de gravelle blanche ou de phosphate de chaux. Je n'ai pas encore eu l'occasion de faire cet essai, mais je me propose bien de ne pas la laisser échapper.

J'ai commencé une série d'expériences cliniques avec les lactates de soude, de potasse, etc., mais je n'ai encore obtenu rien qui soit digne d'être publié. Je recommande cependant ces sels à l'attention des médecins.

Ether hydrocyanique.

M. Pelouze, l'un de nos jeunes chimistes les plus habiles vient de découvrir un composé qui, par ses propriétés physiologiques, se rapproche beaucoup de l'acide prussique, sans en avoir l'effrayante activité, et qui, sous ce rapport, deviendra peut-être utile aux médecins.

Propriétés chimiques de l'acide hydrocyanique.

C'est un liquide incolore, d'une odeur alliacée très pénétrante et désagréable, d'une densité exprimée par 0,78, bouillant à environ 82°, très peu soluble dans l'eau, soluble au contraire en toute proportion dans l'alcool et dans l'éther sulfurique.

Pur, il ne trouble pas la dissolution de nitrate d'argent. Il est très inflammable, et brûle avec une flamme bleue.

La potasse caustique ne l'altère qu'avec la plus grande difficulté, et seulement quand elle est dans un très grand état de concentration.

Préparation de l'éther hydrocyanique.

Pour préparer l'éther hydrocyanique, on fait un mélange intime de parties égales de sulfovinate de baryte et de cyanure de potassium, que l'on porte à une douce température dans une cornue de verre à laquelle sont adaptés un bassin et un matras tubulé.

On obtient, par la distillation, une liqueur incolore ou légèrement jaunâtre, qui se sépare en deux couches distinctes.

La plus légère consiste principalement en éther hydrocyanique, mais cet éther n'est pas pur; il est mélangé d'eau d'alcool, d'éther sulfurique et d'acide hydrocyanique. Pour le purifier, on l'agite vivement avec quatre ou cinq fois son volume d'eau; on le maintient ensuite pendant quelque temps à une température de 50 à 60°; on l'agite de nouveau avec un peu d'eau; on décante; on laisse pendant vingt-quatre heures en contact avec du chlorure de calcium fondu, puis l'on distille.

L'éther ainsi obtenu est pur.

Il est formé de:

Carbone,	61,23
Hydrogène,	8,96
Azote,	21,81
	100,00

Sa formule est C4 H8 et A2 H2.

Elle correspond à volumes égaux de gaz oléfiant et de vapeur prussique condensés en un volume.

Propriétés physiologiques de l'éther hydrocyanique. — Six gouttes de cet éther, injectées dans la gueule d'un chien, ont promptement déterminé de grandes inspirations, la chûte sur le côté, puis congestion cérébrale avec agitation remarquable des pattes.

Cet état a duré quatre minutes, après quoi il a diminué graduellement, et au bout d'une demi-heure il avait en grande partie disparu.

Six autres gouttes introduites dans la veine jugulaire, ont rapidement causé la mort, avec des phénomènes fort semblables à ceux qu'occasionne l'acide prussique. Ces essais ayant été répétés et variés de différentes manières, m'ont donné l'assurance nécessaire pour tenter l'emploi de cet éther sur l'homme malade.

Six gouttes d'éther ayant été ajoutées à un look gommeux, un malade atteint de toux convulsive en éprouva plusieurs jours de suite des effets satisfaisans, sans se plaindre de l'odeur pénétrante et désagréable de l'éther.

Il n'en fut pas de même de plusieurs autres malades auxquels j'administrai dans mon service de l'Hôtel-Dieu l'éther prussique : bien qu'en général cette nouvelle substance produisit des effets satisfaisans dans le genre de ceux que procure l'acide prussique; je fus cependant obligé d'en suspendre l'emploi, par le dégoût insurmontable que causait au malade l'odeur du mélange.

Jusqu'à présent, les cas dans lesquels on peut employer l'acide prussique, sont les mêmes que ceux où l'on se sert de l'acide hydrocyanique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Rayer.

Odeur de musc (moschosmie); par M. Lazaras.

Ces jours derniers, nous avons observé à l'hôpital de la Charité, salles de M. Rayer, un cas de physiologie pathologique bien remarquable; c'était une femme couchée au n° 1 de la salle Sainte-Marthe, âgée de trente-huit ans. Elle était atteinte d'une péritonite chronique et d'un état de marasme très prononcé. Entrée à l'hôpital le 27 septembre, elle mourut le 11 novembre.

Cette femme, dans les derniers momens de sa vie, répandit pendant huit jours, de son tronc et des membres supérieurs, une odeur de musc très forte.

On ne peut pas nous objecter que cette malade aura pu se procurer du musc auprès de ses voisines, des sœurs de la charité ou des filles de service; car nous avons fait cette sorte d'enquête; et tout le monde, ainsi que la malade elle-même, nous a répondu par la négative.

Le traitement auquel cette femme a été soumise pendant son séjour à l'hôpital, a consisté tout bonnement en remèdes antiphlogistiques, émolliens et révulsifs, tels que des sangsues sur l'épigastre, des vésicatoires et des sinapismes aux jambes, des boissons adoucissantes, etc.

Les résultats de l'autopsie ne nous ont pas expliqué d'une manière satisfaisante les symptômes graves que nous avons observés pendant la vie, car nous n'avons

trouvé dans la cavité abdominale que quelques adhérences anciennes de la partie postérieure de la matrice avec le rectum, et du colon avec le foie; un peu de pus dans le bassin, une légère ovarite et néphrite. La membrane de l'estomac tant soit peu épaissie, injectée; on l'enlevait facilement avec le scalpel. Dans les intestins, nous n'avons remarqué qu'une hypérémie passive, une rougeur peu étendue dans le jéjunum; aucune trace d'ulcération. Le foie était volumineux. Dans la cavité thoracique et céphalique, rien.

Certes, ces altérations ne rendent pas compte de la sensibilité si vive de l'abdomen, de la diarrhée continuelle, de cet état de prostration, de stupeur et de marasme dans lequel cette malheureuse femme était tombée. Il est vrai, du reste, qu'on a déjà observé quelques cas de péritonite chronique mortelle sans que les résultats cadavériques eussent répondu à la gravité des symptômes.

Mais revenons à notre objet principal, l'odeur de musc, ou moschosmie.

Cette exhalation aromatique du système cutané est vraiment digne d'admiration, et doit fixer l'attention des physiologistes d'une manière toute particulière; car toutes les explications qu'on en a données jusqu'à présent sont purement hypothétiques et nullement satisfaisantes.

Le laborieux et érudit docteur Spéranza (*v.* Ann, di medic., omodei, t. LXI, p. 225, 1832), à propos d'un cas d'une odeur suave qu'exhalait l'avant-bras d'un jeune homme fort et robuste, et qui a été reproduit aussi par les Arch. gén. de la méd., t. XXX, p. 399, 1832, a rassemblé dans un mémoire adressé à l'académie royale des sciences de Turin, tous les faits que la science possède sous ce rapport, ainsi que sous celui d'autres modifications et de phénomènes singuliers de l'enveloppe tégumentaire. Nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer ceux de nos lecteurs que ce genre de recherches intéresse. Nous nous contentons seulement de dire que le professeur Spéranza cite trois cas d'odeur de musc exhalé par l'aisselle gauche, observés par Van-Swienten, Wedel et Gustave Gahrliep, chez des personnes sobres, et qui ne faisaient aucun usage de liqueurs spiritueuses.

Le respectable M. Mac Mahon me disait qu'il a connu une personne, il n'y a pas long-temps, qui répandait une odeur de violette délicieuse, se portant d'ailleurs fort bien. Combien la physiologie générale est en arrière dans ces opérations mystérieuses de la nature, tant chez l'homme que chez les animaux!

N° DU 27.

ÉPIDÉMIE DE COQUELUCHE.

Des bons effets de la révulsion dans le traitement de la coqueluche, etc.; par le docteur CORSIN, médecin à la Villette, près Paris.

Aux nombreuses épidémies qui régnèrent successivement à la Villette en même temps qu'à Paris, depuis 1831 jusqu'au présent mois de décembre 1834, sous les différentes formes et dénominations de grippe, de choléra asiatique et européen, de rougeole, de varioloïde, de stomatite aphtheuse, d'angine simple et quelquefois couenneuse et trachéale, de croup ou angine pseudo-membraneuse et laryngienne, et enfin des diverses affections gastro-intestinales avec déjections porracées, qui enlevèrent en un, deux, ou trois jours, pendant le bel été dernier, un assez grand nombre d'enfans à la mamelle, et même d'un à quatre ans, succéda, dès le mois d'août jusqu'à ce jour, la coqueluche non meurtrière, mais dans certains cas très-violente et opiniâtre, avec complication de diverses maladies.

Citerai-je aussi, depuis septembre dernier, le dérangement du flux menstruel et même l'aménorrhée complète, chez un grand nombre de femmes, et surtout chez les jeunes personnes de quinze à vingt ans? Circonstances bien dignes de l'étude des médecins, et particulièrement de ceux qui s'occupent de la physique, science appelée sans doute à découvrir un jour, et peut-être bientôt, dans certaines conditions insolites de l'atmosphère, la cause principale de ces désordres fonctionnels et de la plupart de nos maladies.

Je reviens à la coqueluche, dont il est inutile que je rappelle ici les symptômes, et dont le siége est bien évidemment établi dans les organes gastro-pulmonaires, et surtout dans leurs centres nerveux.

Mais une observation indispensable à faire pour le traitement de cette maladie, c'est que la plupart des individus atteints de cette affection convulsive sont ordinairement d'un tempérament lymphatique, et sujets à divers exanthèmes cutanés et du cuir chevelu, retenus sous le derme, ou fréquemment répercutés par l'impression de certains vents froids et par d'autres causes de ce genre; et que la plupart de ces enfans sont habituellement affectés de coryza, de bronchite, d'engorgemens ganglionnaires et d'éruptions gourmeuses.

D'après ces considérations, je me suis cru fondé à mettre toujours en usage les moyens révulsifs doux et graduels dans le traitement de la coqueluche. J'obtins un succès des plus heureux de cette méthode en Russie, pendant l'automne de 1817, dans le traitement que j'y fis de plus de quatre-vingts enfans atteints à la fois de la coqueluche immédiatement après une autre épidémie de rougeole, dans un village du prince Baraitinsky, dont les quatre fils furent en même temps délivrés d'une manière aussi prompte qu'efficace.

J'avais alors, et depuis, eu recours, d'après l'avis de Rosenstein et de nos praticiens plus modernes, aux applications de poix de Bourgogne entre les épaules, aux frictions d'axonge à l'œil et à l'épigastre et à la plante des pieds, et à la pommade d'Autenrièth à la région dorsale de mes petits, et quelquefois grands malades. En même temps j'administrais à l'intérieur les béchiques doux réunis à quelques prises d'oxyde d'antimoine hydro-sulfuré; mais je n'avais jamais retiré de ces moyens une rubéfaction de la peau aussi prompte et aussi soutenue qu'après l'usage que je fis, surtout

l'été dernier, de l'application sur l'épine dorsale d'un mélange de parties à peu près égales, de l'emplâtre de ciguë, de celui de poix de Bourgogne et de celui de diachylon gommé, saupoudré de 4, 6, 8, 10 et 12 grains de tartrate de potasse et d'antimoine, dont je graduai les doses d'après l'âge et la force des malades, et aussi de la maladie.

Cet emplâtre produit habituellement en vingt quatre ou trente-six heures, une démangeaison très-vive, bientôt suivie de la rubéfaction du derme, et ensuite de l'apparition de petites pustules d'un blanc nacré.

A la suite de cette irritation sur l'épine dorsale, lieu que je crois le plus rationnellement choisi pour cette application, tant à cause de sa proximité du prolongement rachidien que du système nerveux ganglionnaire, on a vu dans toutes les phases de la coqueluche se modifier promptement le nombre et l'intensité des quintes de sa toux fatigante, et disparaître les vomissemens fréquens dont plusieurs enfans étaient en même temps tourmentés.

Souvent la toux perdait aussitôt son caractère spasmodique, et rentrait dans la catégorie des rhumes ordinaires très-benins.

La coqueluche ainsi modifiée cesse bientôt après une ou au plus deux applications de cet emplâtre, et ne conserve plus rien de fatigant ni de pénible; tandis qu'abandonnée à elle-même, comme il arrive encore aujourd'hui par les absurdes conseils des commères et des imbéciles, ou traitée par le sirop d'ipécacuanha ou autres irritans internes de ce genre, sans soins ni régime, cette maladie dépasse deux et trois mois, et cause, même après sa prolongation au-delà de ce terme, de graves désordres dans les organes et dans les fonctions gastro-pulmonaires, d'où proviennent souvent la phthisie, le marasme et d'autres maladies incurables.

Première observation. *Coqueluche compliquée de coryza et de bronchite aiguë avec bronchorrée (ou catarrhe pulmonaire très-grave), et de plusieurs symptômes de péricardite.*

Le 13 août 1834, Langlois, âgé de huit ans, fils d'un ancien militaire et d'une mère fort chétive et de plus de quarante ans au moment de sa gestation, est doué d'une constitution nerveuse, grêle, élancée, sujet à des congestions et à des bronchites fréquentes, et antérieurement à l'engorgement des ganglions cervicaux. Il était atteint depuis huit jours d'une coqueluche à quintes effrayantes par leur durée et par leur intensité, lorsque je fus appelé pour le voir. Retenu au lit depuis quatre jours par une fièvre violente à type continu rémittent et à double paroxisme chaque jour, il était tourmenté de dix à douze quintes qui lui faisaient rejeter, à force de violens efforts et de véritables vomissemens, des matières jaunes verdâtres, muqueuses, plaquées, et nageant dans une assez grande quantité de salive.

L'enfant n'arrivait à ces quintes de gloussement convulsif, suivi de vomissemens ou d'expectoration bruscque, qu'après avoir été tourmenté plus d'une demi-heure avant chaque quinte par des battemens tumultueux et douloureux du cœur, par un mouvement spasmodique du larynx et par une anhélation pénible et très-précipitée.

Cependant le thorax restait sonore dans toute son étendue, mais moins à la région du cœur où je me crois fondé à y accuser la présence d'une péricardite. Le râle était sibilant, la respiration bien distincte et puérile dans tout l'organe pulmonaire. Cet état s'accompagnait de coryza, de céphalalgie sus-orbitaire, de rougeur et de pâleur alternatives du visage, et d'une faible sensibilité avec chaleur à l'épigastre. La langue était blanchâtre, humectée, rouge au limbe et à la pointe. Les pulsations de l'artère radiale, des tempes, etc., s'offrirent lors des exacerbations fébriles les plus violentes, de 140 à 150 fois par minute, et les respirations de 50 à 80, surtout au moment des quintes. Les selles étaient rares et à peu près naturelles et moulées.

Cette réunion de symptômes annonçant un état inflammatoire des organes gastro-pulmonaires, j'eus recours au début à l'application de huit sangsues tant à l'épigastre qu'à la base de la poitrine, à des cataplasmes émolliens, à des embrocations huileuses, à des lavemens adoucissans et à des boissons tièdes émollientes et gommeuses. Le soulagement fut faible et passager, et deux nouvelles applications de sangsues ajoutées à ces médicamens ne réussirent pas mieux les jours suivans.

La fièvre et les symptômes de la coqueluche n'ayant même aucunement perdu de leur intensité, j'eus recours, vu l'état nerveux de cet enfant dont la voix resta sonore et le moral très-énergique, à l'emploi d'une poudre composée pour chaque dose d'un quart, puis d'un demi-grain tantôt de racine, tantôt d'extrait de belladone sucrée, et administrée de deux en deux heures, trois et quatre fois par jour.

Ce remède, ajouté aux boissons adoucissantes, ne réussit pas plus après quelques jours d'emploi que la potion de M. le docteur Bavon contre la coqueluche, que je donnai aussi les jours suivans. Les quintes, de dix qu'elles étaient avant, furent réduites à huit et six; mais alors elles devinrent plus fatigantes par leur longueur et leur intensité et par l'énorme expectoration muqueuse plaquée et verdâtre qu'elles amenaient à leur suite. Cette évacuation recouvrait le fond d'une assiette creuse à chaque quinte, et pouvait bien être évaluée en total, chaque jour, à une livre et demie ou deux livres.

Le 24 août, pour tarir cette voie de déperdition des forces du sujet, un vésicatoire fut appliqué sur le sternum, et un second quelques jours après celui-ci à la jambe gauche, lorsque le premier tendit à la dessication. Il n'en résulta qu'un surcroît d'irritation sans aucun avantage.

Le 28, après des sueurs abondantes qui succédèrent à la sécheresse la plus vive de la peau, les premiers jours, il survint sur le nez et au visage quelques pustules accuminées à sommet blanc et purulent.

Voulant favoriser cette éruption, qui me parut être

le précurseur de quelques épistaxis qui survinrent, j'eus recours à l'application entre les épaules, du mélange emplastique suivant.

Pr. Emplâtre de ciguë deux dragmes; de poix de Bourgogne et de diachylon gommé, de chaque une dragme; tartre stibié grossièrement pulvérisé 8 grains, pour saupoudrer la superficie de cet emplâtre étendu sur une peau de chamois. Vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées qu'une démangeaison très-incommode fut suivie de la rubéfaction et ensuite de l'élévation de pustules nâcrées à cette partie. L'enfant ne permit pas de laisser plus de 36 heures, et l'on fit à la place une onction de cérat.

Voici les résultats de cette application:

Soulagement remarquable du côté de la poitrine; anhélation moindre; diminution de la fièvre. Durant cette application j'avais cessé l'emploi de la belladone, et n'avais prescrit que celui d'une infusion de mauve et violette, d'eau gommeuse avec sirop d'orgeat et de guimauve et de diacode, puis sirops de cerises et de pointes d'asperges qui me parurent agréables et efficaces.

Les premiers jours de septembre, la fièvre s'éteignit sensiblement, et quatre à cinq quintes plus légères persistaient tant le jour que la nuit. Malgré l'état fébrile existant, je permis au petit malade une ou deux cuillerées de bouillie claire lactée, trois ou quatre fois par jour, de la pomme cuite et du raisin bien mûr.

Le 2 septembre, on renouvela l'application de l'emplâtre; le même effet eut lieu avec plus forte éruption de pustules au dos et même au visage.

Dès lors la convalescence se confirma. La toux changea de son et devint plus ordinaire. L'expectoration diminua graduellement et prit un aspect blanc avec consistance bien liée.

Cet enfant, réduit à une émaciation squelettique avec débilité telle qu'il ne pouvait se soutenir assis sur son lit, fut, le 30 octobre, dans un état d'embonpoint très-florissant avec toute sa gaîté et ses habitudes ordinaires. Mais il conserva un peu de dyspnée à laquelle il était un peu sujet auparavant.

Sur la fin de la maladie, mais après l'application de l'emplâtre, cet enfant fit aussi usage, dès que l'anhilation diminua et qu'un peu plus de calme respiratoire le permit, de l'inspiration de vapeur de décoction de guimauve, plusieurs fois par jour. J'y ajoutai plus tard un peu de benjoin, mais il se fatigua souvent trop tôt de cette vapeur, très-recommandable surtout dans le cas de catarrhe bronchique, avec forte irritation de la membrane muqueuse pulmonaire.

Deuxième observation. *Coqueluche avec état fébrile et vomissemens.*

La demoiselle Chovelot, domiciliée à la Petite-Villette, rue d'Allemagne, n. 157, âgée de 4 ans, ayant eu l'été dernier plusieurs éruptions porrigineuses à l'occiput, qui finirent par s'effacer, fut atteinte, sur la fin d'août 1834, d'une toux qui dégénéra en coqueluche tellement grave que l'estomac de cette enfant ne pouvait plus, depuis quelques jours, garder aucun aliment.

Le 15 septembre, jour de mon appel, je trouvai l'enfant au lit depuis deux jours avec fièvre modérée, la langue blanchâtre, assez nette; l'épigastre sans douleurs, et l'impossibilité de garder aucun aliment à l'intérieur. Applications des parties égales des emplâtres, avec addition de 5 grains de tartre stibié; infusion de fleurs de mauve et tilleul avec deux cuillerées à café six fois le jour, de sirops de guimauve et diacode, de quinquina et des fleurs d'oranger aux parties égales. Diète absolue ce jour-là, et modérée plus tard.

Dans la nuit suivante, démangeaison et rubéfaction du dos; le lendemain, dans l'après-midi, petites pustules blanchâtres miliaires sous l'emplâtre, qui est ôté à cause de la vive irritation qu'il produit sans doute en raison de la haute température de l'atmosphère. La toux et les vomissemens ont à peu près cessé, et les jours suivans les pustules s'agrandissent en plaques, qui bientôt se couvrent des mêmes croûtes mellitagreuses comme celles du cuir chevelu, et cèdent à des applications de cérat simple.

La toux n'ayant paru que quatre ou cinq fois les jours suivans, sans vomissemens ni quintes, une semaine après je trouvai cet enfant dans la rue courant au-devant de moi pour m'annoncer avec joie, ainsi que sa mère, son entière guérison. Depuis, cette même petite a eu un nouveau rhume contracté par une humidité froide, mais elle n'a plus rien conservé de cette toux nerveuse et quinteuse de la coqueluche, ni aucun vomissement.

Troisième observation. *Coqueluche chez une jeune fille née d'une mère phthisique.*

La fille du sieur Martin, marchand de vins à la Petite Villette, rue d'Allemagne, n. 10, âgée de 10 ans, née d'une mère atteinte de phthisie pulmonaire dont elle est morte, de constitution grêle élancée, à poitrine plate avec épaules en ailes de chauve-souris, sujette à la tuméfaction des ganglions cervicaux, me fut présentée par son père le 18 septembre dernier, atteinte depuis quelques semaines de toux, et depuis trois jours, de coqueluche caractérisée par des quintes fréquentes de toux convulsive, avec oppression et vomissemens de matières muqueuses jaunâtres filantes, d'épistaxis renouvelés, et d'une fièvre rémittente avec grande débilité et crainte d'un commencement de phthisie pulmonaire.

La poitrine était sonore partout, mais avec râle sibilant et quelquefois muqueux par place et sans persistance.

Le diagnostic étant établi, j'eus recours à l'application d'un emplâtre anisé composé entre les épaules.

Emplâtre de ciguë,	2 gros.
de poix de Bourgogne et de diachylon gommé, etc.,	1 gr.
Tartre stibié,	10 grains.

J'ajoutai à l'infusion de fleurs de mauve et violette

(sur chaque tasse) une cuillerée à bouche de sirop de guimauve, de diacode et d'orgeat, à portions égales.

Le surlendemain, j'allai voir cette jeune fille que je trouvai à peu près délivrée de son oppression, de ses quintes fatigantes avec vomissemens, mais ayant encore quelques retours de toux passagers et sans aucun caractère nerveux, qui se dissipèrent après l'établissement complet de la rubéfaction et des pustules, lorsque trois jours après je me décidai à enlever l'emplâtre.

J'ai eu plusieurs fois occasion de revoir depuis cette jeune fille, qui, non seulement ne s'est plus ressentie de sa coqueluche, mais a acquis un certain degré de force et de santé dont elle n'avait pas joui auparavant.

Quatrième observation. *Convulsions survenues dans une coqueluche.*

Le petit Sinion, bien constitué, fils d'un bottier à la Petite-Villette, n. 53, âgé de cinq ans et demi, était atteint de toux d'abord catarrhale depuis deux mois, et de véritable coqueluche depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il fut pris de convulsions pour lesquelles je fus appelé le 19 octobre dernier.

Après avoir porté d'abord mes soins à cet état convulsif par les moyens d'usage, je trouvai le lendemain l'enfant dans une disposition favorable à l'application des moyens employés précédemment, pour le traitement de sa coqueluche qui résista plus longtemps que chez les autres sujets sans doute à cause de sa longue durée, mais qui céda en huit jours à peu près entièrement à deux applications de l'emplâtre et aux béchiques continués avec le mélange de sirop diacode, de capillaire et de fleurs d'oranger.

Cinquième observation. *Coqueluche simple.*

Le petit Marquis, fils d'un serrurier-mécanicien, domicilié rue de Nancy, n. 3, âgé de 8 ans, d'une bonne constitution, fut atteint de coqueluche dans les premiers jours du mois d'octobre dernier. Désirant varier l'emplâtre, j'ai recours, vers le 15 de ce mois, à l'application de celui de poix de Bourgogne entre les épaules, et à de légers béchiques à l'intérieur.

Les quintes semblent un peu se calmer après quelques jours de l'application de l'emplâtre, qui fut laissé à la même place pendant quinze jours ; mais les premiers jours de novembre, les quintes de toux s'étant même accompagnées d'épistaxis et de vomissemens, je fis appliquer le 8 novembre le nouvel emplâtre :

Ciguë,	2 gr.
Poix de Bourgogne et diachylon,	1 gr.
Saupoudrez de tartre stibié,	8 gr.

Le lendemain soir, démangeaison forte ; toux dissipée entièrement.

Le 10, à midi, l'enfant m'est présenté : toute la partie dorsale recouverte par l'emplâtre est rouge, surchargée de pustules irrégulières plus ou moins larges, les unes blanches, d'autres remplies d'une sérosité rougeâtre ; démangeaison pénible. Le cérat remplace l'emplâtre, et on continue l'infusion de fleurs de mauve et violette, sirop de capillaire, de diacode et de quinquina, *àà* 2 onces, par deux cuillerées à café six ou huit fois par jour, et cet enfant est, huit jours après, sans aucune toux et bien portant.

Sixième observation. *Coqueluche intense.*

Mademoiselle Léontine Ponthieu, demeurant à Bercy, grande rue, n. 59, âgée de trois ans, était tourmentée depuis le 1er novembre, par de violentes quintes de toux accompagnées de vomissemens surtout la nuit, et de perte absolue d'appétit. Ses quintes étaient si fortes qu'elle ne pouvait retenir ni l'urine, ni même les matières fécales.

Le 20 novembre 1834, je vis l'enfant pour la première fois (une épidémie de coqueluche avait lieu aussi dans cette commune depuis l'été dernier) ; je fis appliquer l'emplâtre cette fois sans tartre stibié. La démangeaison eut lieu, mais l'enfant ne voulant pas la supporter, on ôta l'emplâtre ; aussi la toux qui avait seulement diminué d'intensité, reparut bientôt avec le même cortége de symptômes.

Le 28, je fus rappelé, et l'on appliqua un emplâtre à parties égales de la formule, avec cinq grains de tartre stibié.

Après vingt-six heures d'application, démangeaison vive, rougeur, avec quatre à cinq pustules aggrandies les jours suivans. Infusion de fleurs de mauve et violette, sirop de capillaire 2 onces, diacode et de fleurs d'oranger *àà* 1 once, par cuillerée à dessert six fois par jour : elle a pris trois doses semblables de ce sirop.

On a laissé séjourner l'emplâtre trois jours complets, et, depuis ce temps, l'enfant n'a eu qu'une toux rare très-légère, et elle a repris son appétit et sa gaîté accoutumée.

Elle est venue me remercier dix-huit jours après, en me disant d'une manière enfantine : « Monsieur, je vous remercie ; vous m'avez retiré ma coqueluche. »

Le 9 décembre, cette petite a rendu une pelote de glaires le matin, après avoir mangé une soupe au bouillon gras.

J'ai prescrit le sirop de quinquina, ajouté aux précédens à parties égales.

Cette enfant est, le 15 décembre, entièrement guérie. (*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Rayer.

Ulcère de la gorge douteux, mais guéri par les pilules de M. Sedillot; cas analogue cité par Carmichael.

Nous continuons nos recherches sur les ulcères non

syphilitiques du pharynx. Nous nous empressons de signaler un cas d'ulcère à la gorge douteux, recueilli dans le service de M. Rayer; nous en joignons un autre emprunté à l'ouvrage de Carmichael sur les maladies vénériennes. (An Essay on venereal diseases , etc., p. 357). Tous deux sont assez curieux, comme on le verra par les détails.

Premier cas. (M. Rayer.)

Le nommé Renault, militaire, âgé de quarante-sept ans, est entré à l'hôpital le 24 octobre, et couché au n. 36 de la salle Saint-Michel. Sa constitution est forte et son tempérament sanguin. Sa maladie date de quinze jours; elle consiste dans un ulcère au côté droit du pharynx, entre la luette et les amygdales, long de cinq à six lignes, assez profond, et couvert d'une croûte dure, grisâtre; les parties environnantes rouges, la déglutition difficile.

Le malade affirme n'avoir jamais eu ni blennorrhagie, ni chancres d'aucune espèce, ni bubons, et il y avait déjà un mois qu'il avait eu des rapports, pour la dernière fois, avec une femme suspecte.

Tous les jours nous le pressions de questions sur l'occasion de sa maladie. Ses réponses ont été constamment les mêmes; il ajouta seulement qu'il était fréquemment sujet aux maux de gorge, et s'enrhumait facilement.

M. Rayer voulut d'abord essayer le traitement antiphlogistique; il prescrivit par conséquent une saignée, des gargarismes adoucissans, bain de pieds sinapisé, cataplasme sur le cou, diète.

Ce traitement fut suivi exactement pendant huit jours sans que le mal s'amendât le moins du monde.

Le 1er novembre, M. Rayer se détermine à employer un traitement mercuriel, et ordonne trois pilules de Sédillot par jour (1); tisane miellée. Sous l'influence de ce traitement, l'aspect de l'ulcère changea; de grisâtre qu'il était, il devint blanchâtre. La couenne, touchée une seule fois avec le nitrate acide de mercure, commençait à se rétrécir de jour en jour, et finit par disparaître tout-à-fait.

Le malade, forcé par l'expiration de son congé, quitta l'hôpital le 17 novembre presque guéri. Il lui fut recommandé de suivre encore quinze jours régulièrement le traitement, sous peine de récidive.

Ce cas est semblable à celui de Hunter sous le rapport de son apparition, qui eut lieu un mois après le dernier coït.

Deuxième cas. (Carmichael.)

J. Larkin, fort jeune encore, fut admis dans notre hôpital le 3 juillet 1816, affecté d'un ulcère phagédénique étendu à la gorge; le voile du palais, les amygdales et l'arrière pharynx n'en étaient pas exempts. La luette en entier, et une grande portion du voile et des tonsilles avaient été même détruits par le mal. Ce malade se plaignait d'un très-grand mal de tête et de surdité.

Selon son témoignage, l'ulcère s'est manifesté six mois environ avant son entrée à l'hôpital, sans qu'il fût précédé par aucune affection primitive, et il affirmait n'avoir jamais eu de rapports sexuels. Il ajoutait aussi que les praticiens qu'il avait consultés ne voulurent pas croire à ses assertions, et le soumirent deux fois à un traitement mercuriel très-sévère, qui cependant ne produisit aucun bon effet sur sa gorge.

Je prescrivis la décoction de salsepareille, une solution antimoniale et la lotion suivante, répétée toutes les trois heures.

R. muriat. hydrarg. corr. (solut d'esp. de vin),		6 gr.
Eau distillée,		une once et demie.
Miel purifié,		demi-once.

Sous l'influence de ce mode de traitement, un amendement prompt s'ensuivit, et l'ulcère fut guéri avant le vingt-huitième jour, et le malade sortit de l'hôpital le 3 août.

Si l'on n'était pas prévenu que presque tous les malades atteints de la syphilis mentent, on serait porté à croire, d'après ces faits, que les ulcères vénériens de la gorge peuvent se développer sans symptômes primitifs aux parties génitales, et long-temps après la dernière cohabitation suspecte. Mais lorsque, indépendamment du peu de véracité de ces malades, on a égard à toutes les manières lascives par lesquelles la transmission du virus a lieu, et que les malades sont honteux d'avouer; lorsque surtout on réfléchit à la durée en quelque sorte éphémère des chancres volans, dont les malades ne s'aperçoivent pas, et auxquels du moins ils aiment à n'attacher aucune importance, on doit être sceptique et réservé dans ses conclusions.

Quant au dernier fait de Carmichael, il ne nous paraît pas bien concluant : aucun rapport suspect, ulcère vaste, rebelle d'abord à un traitement mercuriel énergique, cédant six mois après à des lotions hydrargiques et à l'usage des sudorifiques; en dernier lieu, récit d'un jeune homme encore imberbe! Tout cela paraît incohérent; mais, réuni à d'autres cas mieux observés et authentiques, cela peut avoir son côté d'utilité, et servir à des inductions et des raisons probantes.

LAZARAS.

---

(1) Voici la formule de ces pilules, dont l'efficacité est vraiment remarquable :

Onguent mercuriel,	1 gros.
Savon médicinal,	2 scrupules.
Poudre de guimauve,	1 id.

Faire des pilules de 4 grains; en prendre trois par jour.

N° DU 30.

ÉPIDÉMIE DE COQUELUCHE.

Des bons effets de la révulsion dans le traitement de la coqueluche, etc.; par le docteur CORSIN, médecin à la Villette, près Paris.

(Suite du numéro précédent.)

Septième observation. *Bronchite et coqueluche.*

Le 19 novembre 1834, la petite Labrie, rue de Lille, n° 3, âgée de trois ans, bien constituée et replette, était atteinte depuis six jours de coqueluche, fièvre, runeus très-bruyant et pénible, toux avec quintes très longues et vomissemens; langue un peu blanchâtre, humide.

Le soir, bain de pieds avec cendre et sel de cuisine; infusion de mauve et violette, sirop de capillaire 2 onces, d'ipécacuanha et de coquelicot *ãã* 1 once; emplâtre à parties égales 1 gr. des trois, et tartre stibié 5 grains, appliqué dès le soir entre les épaules.

Le 20 au matin, démangeaison faible sous l'emplâtre; rougeur de la peau; petits boutons blancs entourés d'un cercle rose. Fièvre et toux dissipées; runeus disparu. L'enfant est levée après avoir été couchée depuis trois jours.

Le 22, l'enfant n'a plus qu'une toux rare de rhume ordinaire.

Le 24, elle n'a plus lieu que la nuit très rarement. Les pustules sont plus développées, mais peu nombreuses. On enleva l'emplâtre.

Les jours suivans, la petite est entièrement guérie.

Huitième observation. *Toux spasmodique faiblement quinteuse, suivie de coqueluche.*

La demoiselle Lefèvre, âgée de trois ans, faubourg Saint-Martin, n. 245, fille d'un épicier, sujette à des ophthalmies fréquentes qui ont laissé sur les deux cornées une taie peu apparente, et souvent affectée d'éruptions cutanées de diverses formes, avait été atteinte, dans le courant d'octobre 1834, d'une toux catarrhale d'abord sèche, puis muqueuse.

Le 10 novembre, après quelques amendemens de cette toux par les divers moyens employés, cette petite est prise d'une véritable coqueluche. La toux est quinteuse, et suivie de vomissemens.

Le 20, je suis appelé : je conseille l'usage du sirop diacode 1 once, de capillaire 2 onces, et d'ipécacuanha 1 once, par cuillerées à dessert six fois par jour, dans une infusion béchique; j'applique au dos les trois emplâtres à 1 gr. chaque, saupoudrés de tartre stibié 4 grains. Resté sur le derme pendant deux jours, il a causé de la rougeur, de la démangeaison, des pustules. La toux a diminué considérablement d'abord, et a ensuite disparu avant une huitaine de jours.

Observations qui prouvent la justesse de mon opinion sur la non-apparition ou la répercussion de divers exanthèmes cutanés, réputés causes de la coqueluche et de diverses autres maladies.

Le fils d'un commis de la papeterie de M. Brise, à La Villette, nommé Favier, âgé de cinq ans, a été atteint, en octobre et novembre derniers, de la coqueluche, abandonnée comme tant d'autres aux efforts de la nature.

Le troisième mois, de toutes les souffrances endurées par cet enfant assez bien constitué, sa tête s'est recouverte de croûtes eczématiques ou gourmeuses, et la coqueluche s'est alors dissipée d'une manière aussi prompte que durable depuis cette éruption.

Les trois enfans du papetier Ferrier, le premier de sept ans, l'autre de deux ans et demi, et sa petite âgée de quatre ans, ont été aussi atteints de coqueluche depuis le commencement d'octobre dernier.

Le 10 décembre, plus de deux mois après l'invasion de cette coqueluche, une éruption gourmeuse a paru sur la tête des deux premiers sans aucune provocation, et, depuis, ces deux enfans ont été entièrement délivrés de la coqueluche, tandis que leur sœur, qui n'a pas eu la même éruption, est encore atteinte de sa toux quinteuse le 22. J'ai proposé l'application de l'emplâtre au dos.

Une autre petite fille de deux ans, nommée Huou, qui a été atteinte il y a quinze jours, de fièvre, coliques et diarrhée verte porracée, vient d'être délivrée de cette dangereuse maladie (entérite) par une semblable éruption gourmeuse à la tête.

Ce petit nombre de faits, que je pourrais faire suivre d'un beaucoup plus grand nombre, me semble prouver assez clairement la nécessité de recourir à des révulsifs dans le traitement de la coqueluche, et de les choisir dans la classe de ceux qui, sans irriter violemment les systèmes dermoïde et nerveux, comme le font les sinapismes, les vésicatoires, trop actifs pour la sensibilité des enfans, doivent produire au dehors certains effets dont la présence remplace, à ce qu'il paraît, très favorablement les diverses éruptions spontanées si utiles à la santé des enfans, surtout lors de certaines épidémies chez eux souvent très-meurtrières.

Conclusions. Je ferai remarquer que les enfans atteints de coqueluche que j'ai vus tant à La Villette qu'à Paris et ailleurs, traités par l'usage banal du sirop d'ipécacuanha ou abandonnés aux ressources de la nature et à l'énergie des efforts de leur bonne ou mauvaise constitution, ont été tourmentés cette année 1834, la plupart, deux trois et quatre mois de cette pénible toux de la coqueluche.

J'ai vu beaucoup d'enfans et rarement des adultes; mais parmi ceux qui ont été livrés à eux-mêmes pour la guérison de cette fatigante maladie, plusieurs sont restés maigres, chétifs, tussiculeux et ont été souvent privés de la faculté de digérer les alimens qu'ils avaient pris. Plusieurs de ceux-ci sont même menacés

de phthisie tuberculeuse pulmonaire par suite de la longue irritation fixée sur les bronches, par cette toux opiniâtre et si souvent rebelle à des moyens bien entendus. La tenacité de ces secousses multipliées porte enfin le cours des fluides vers l'organe dont la muqueuse est irritée, et le parenchyme finit aussi par se détériorer.

On trouvera dans l'observation des trois enfans Ferrier la preuve de la justesse de mon raisonnement, lorsque j'établis la cause de la coqueluche comme une coïncidence avec la non-apparition ou la suppression d'un exanthème cutané et de la nécessité qu'il y a de recourir à un moyen endermique pour rappeler à l'extérieur certains levains cachés dans notre appareil lymphatico-sanguin, et qu'on a tort, je pense, de ne rapporter qu'à la diversité du mode d'irritation de nos solides; car le corps de l'homme se compose de solides et aussi de fluides vivans dont les combinaisons avec certains miasmes absorbés du dehors entrent certainement pour beaucoup dans la formation et la forme de nos maladies.

J'ajouterai à ces réflexions que le sirop d'ipécacuanha et les préparations de cette racine ne me paraissent pas remplir la véritable indication, car en irritant les muqueuses internes elles y portent l'action vitale et l'afflux des sérosités, et entretiennent plutôt la maladie qu'ils ne la détruisent tant qu'on ne porte pas un stimulus beaucoup plus puissant qu'eux à l'extérieur.

Je ne quitterai pas cet opuscule sur la révulsion dans le traitement de la coqueluche, sans affirmer que tous les moyens vantés jusqu'à ce jour par plusieurs médecins, tels que la belladone, l'acide hydrocyanique, l'oxyde de zinc et une foule d'autres médicamens internes, ne m'ont jamais offert les résultats constans et soutenus de la méthode de traitement que je recommande.

Un autre effet bien réel d'un moyen révulsif, c'est celui que je vais relater, sur un cas de tumeur située au-devant de la rotule droite d'un chef ouvrier de la superbe papeterie de la Villette. Cette tumeur, survenue sans cause connue dans l'espace d'une quinzaine de jours, au mois d'octobre dernier, n'offrait à ce genou qu'une incommodité peu douloureuse, sans chaleur au toucher. Elle laissait la sensation d'une véritable fluctuation et couvrait à peu près toute l'étendue de la rotule sans changement de couleur à la peau. C'était enfin une de ces tumeurs enkystées, que Boyer recommande d'attaquer par la solution de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Y ayant fait une application à peu près semblable, sans un effet bien évident, le malade résolut, à mon insu, sur l'avis d'un ami officieux qui lui assura avoir été guéri par le même moyen, de frictionner cette partie d'huile d'aspic, ou d'une huile dont l'odeur était au moins aussi pénétrante; le genou devint énorme, avec rougeur et chaleur brûlante, et se couvrit pendant plusieurs jours de pustules blanches uâcrées dont l'érosion donna lieu à des croûtes assez épaisses, jaunâtres et séparées et à une grande abondance de sérosité. Cette huile fut remplacée, d'après mon ordre, sur-le-champ, mais après une friction faite la veille au soir et une le matin, par une application de cérat récent.

Dans la quinzaine, le genou reprit ses dimensions normales; l'éruption disparut ainsi que la tumeur, et l'imprudence de cet homme, qui pouvait devenir la cause de la perte de ce membre, fut couronnée d'un plein succès dès qu'on eût arrêté la marche de la violente irritation causée par ce médicament.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

DÉCEMBRE 1834.

HYGIÈNE.

—

EMPOISONNEMENT DE SEPT CHEVAUX PAR L'ARSÉNIATE DE POTASSE.

Note communiquée à l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 21 *octobre* 1834, *par l'un de ses membres,* M. Bouley jeune, vétérinaire à Paris.

Le 9 de ce mois, MM. Minguet et Protais, négocians à Paris, chargèrent le sieur Lamy, voiturier, demeurant rue Saint-Martin, impasse Saint-Fiacre, de prendre 200 livres de marchandise chez M. Hédouin, ancien pharmacien et maintenant fabricant de produits chimiques, rue Saint-Médéric, et de les faire conduire, le lendemain, au matin, à leur magasin, rue Cadet, n° 30.

Le soir même, le sieur Lamy se présenta chez M. Hédouin, qui lui fit remettre quatre paquets enveloppés de papier gris, bien ficelés et pesant chacun 25 kilogrammes. Ces quatre paquets furent apportés, à l'instant même, dans l'écurie du sieur Lamy, par un de ses charretiers et par un garçon de magasin de M. Hédouin : trois furent déposés à terre, et le quatrième placé sur un tonneau non fermé et rempli d'avoine destinée aux chevaux de ce voiturier.

Le lendemain 10, à cinq heures du matin, on enleva le paquet qui était placé sur le tonneau, sans s'apercevoir qu'il était percé dans son fond (ce qui a été constaté depuis), et l'on donna l'avoine à sept chevaux qui se trouvaient alors à l'écurie. Une heure après, on mit dans de petits sacs que l'on désigne vulgairement sous le nom de sachets, l'avoine que chaque animal devait manger dans le courant du jour, sans remarquer qu'elle contenait un corps étranger; ce que l'on concevra facilement, au surplus, lorsqu'on saura que l'écurie est située dans un cul-de-sac étroit dont les maisons sont élevées; qu'elle ne reçoit de jour que par une porte d'entrée et que le tonneau à l'avoine était placé derrière cette porte. Sur les sept heures, les chevaux partirent pour le travail, et, à huit heures, on chargea sur une voiture suspendue les quatre paquets apportés la veille, *avec trente pains de sucre* destinés à un épicier du faubourg Saint-Denis.

La journée se passa bien; tous les chevaux mangèrent leur avoine comme de coutume et firent leur service habituel, sans donner signe de la moindre indisposition. A quatre heures de l'après-midi, l'un de ces animaux partit pour Versailles. Son conducteur emporta de Paris une mesure d'avoine prise dans le même tonneau, et qu'il fit manger à cet animal à son arrivée à sa destination. Sur les neuf heures du soir, ce cheval fut de nouveau mis en route et dirigé sur Paris. Chemin faisant, après avoir passé Sèvres, le conducteur s'endormit et ne se réveilla qu'en traversant le village du Point-du-Jour, entre onze heures et minuit, au moment où cet animal tomba tout-à-coup dans les brancards. Cet homme s'empressa de le secourir; mais ses soins furent inutiles; le cheval expira quelque temps après.

Les six chevaux qui étaient restés à Paris rentrèrent du travail sur les sept heures. On leur donna leur souper ordinaire, c'est-à-dire une ration de son et de foin, qu'ils mangèrent généralement avec moins d'appétit que de coutume. A minuit environ, trois de ces animaux furent frappés de violentes coliques, accompagnées d'une diarrhée presque continuelle. Le sieur Lamy envoya d'abord chercher son maréchal, qui fut effrayé en voyant trois chevaux aussi gravement malades en même temps. Ne sachant à quoi attribuer les accidens qu'il observait, cet homme eut l'heureuse idée d'examiner l'avoine que renfermait le tonneau, et il remarqua avec étonnement qu'elle contenait, pour me servir de son expression, de petites pierres blanches. Ayant voulu en goûter une, il fut frappé de son âcreté, et, sans en connaître la composition, il annonça, à tout hasard, que les animaux étaient empoisonnés. On fit alors appeler le grainetier qui avait fourni l'avoine deux jours auparavant, et on lui communiqua les craintes qu'on avait. Celui-ci se défendit en affirmant que la marchandise qu'il avait livrée ne renfermait rien qui pût nuire à la santé des animaux. Moins prudent que le maréchal, il goûta sans précaution une des soi-disant pierres que l'on avait

trouvées dans son avoine, et bientôt il ressentit des coliques qui, heureusement, n'eurent aucune suite fâcheuse. Ce fut alors seulement qu'on se rappella qu'un des sacs pris chez M. Hédouin avait été placé, durant la nuit, sur le tonneau à l'avoine; on se souvint aussi qu'en chargeant ces sacs le matin, on s'était aperçu que l'un d'eux était percé; dès-lors on ne douta plus que les animaux n'eusseut été empoisonnés.

D'après les conseils du maréchal, deux des chevaux les plus malades furent immédiatement conduits chez M. Collas, vétérinaire. L'un d'eux mourut en entrant dans l'infirmerie; l'autre expira une heure après dans les plus violentes douleurs; le troisième, qui était resté dans l'écurie du sieur Lamy, succomba à quatre heures, après s'être long-temps débattu. Enfin, les trois autres chevaux présentèrent bientôt, à leur tour, les mêmes symptômes que ceux qui avaient succombé; et le 11, à huit heures du matin, je fus appelé pour les soigner. Je les examinai successivement: deux me parurent dans un état à-peu-près désespéré; ils étaient météorisés, avaient de violentes coliques, une diarrhée fréquente, la respiration difficile, le pouls effacé et les extrémités froides. Le troisième était beaucoup moins triste et peu balonné; quoiqu'il eût la diarrhée, ses coliques étaient légères, il avait le pouls régulier et cherchait encore à manger; en un mot, rien n'indiquait chez lui un danger pressant; aussi verrons-nous par la suite qu'il vécut beaucoup plus long-temps que les autres. Avant de prescrire aucun traitement, j'examinai le sel qu'on avait trouvé dans l'avoine: à son inspection et surtout à son poids, je crus reconnaître un sel métallique; mais il me fut impossible d'indiquer au juste sa composition. Je pris alors le parti d'en faire demander le nom à M. Hédouin, qui me répondit, par écrit, que ce sel était *l'arséniate de potasse*. Il ne me fut plus permis, dès-lors, de douter que ces chevaux n'eussent été empoisonnés, comme on le soupçonnait. Ne connaissant aucun antidote bien éprouvé contre les empoisonnemens par l'arsenic, et sachant d'ailleurs que tous ceux qu'on avait préconisés étaient à-peu-près abandonnés, je me contentai de prescrire des boissons mucilagineuses et des demi-lavemens émolliens, en annonçant toutefois que je reverrais les malades dans la matinée. Quoique je n'eusse aucun motif de douter que le sel qui avait empoisonné les animaux ne fût de l'arséniate de potasse, ainsi que le déclarait M. Hédouin, je desirai cependant en acquérir la certitude. Je me transportai, dans cette intention, chez M. Labarraque, où j'eus l'avantage de rencontrer M. Chevallier. Je priai alors ces deux messieurs, vos honorables collègues, de vouloir bien analyser le sel que je leur présentais; ils y consentirent: voici le résultat de leurs recherches, que je copie textuellement dans une note que je dois à l'obligeance de MM. Chevallier et Labarraque, auxquels je me fais un devoir de témoigner ici toute ma reconnaissance.

« Ce sel fut examiné: il était blanc, très pesant, » cristallisé confusément; il jouissait des caractères » suivans: 1° jeté sur les charbons, il se boursouflait » et répandait une odeur marquée d'arsenic (l'odeur » alliacée); 2° sa dissolution précipitait par le nitrate » d'argent *en rouge brique*, par le sulfate de cuivre, *en* » *blanc bleuâtre*, par l'hydrochlorate neutre de cobalt, » *en rose*; 3° traitée par l'hydrogène sulfuré, à l'aide » de la chaleur, elle donnait lieu à un précipité de sul- » fure jaune d'arsenic; 4° elle rougissait fortement le » papier de tournesol. Tous ces caractères démontraient » bien que ce sel était un *arséniate*. Voulant reconnaî- » tre sa base, nous fîmes une solution très concentrée » d'*arséniate*, puis nous ajoutâmes dans une portion de » cette solution du chlorure de platine; il y eut à l'in- » stant formation d'un précipité jaune. Une autre por- » tion, essayée par la potasse, ne donna lieu à aucun » précipité à ni aucun dégagement d'ammoniaque.

« Ces recherches nous donnèrent la certitude que » le sel que nous avions examiné était bien de *l'arsé-* » *niate acide de potasse.* »

Cette analyse terminée, d'après les conseils de MM. Chevallier et Labarraque, je résolus d'employer de suite le *tritoxide de fer hydraté*, nouvellement signalé comme antidote de l'arsenic, par les docteurs *Bunzen* et *Berthold*, de Gottingue; et j'invitai ces messieurs à préparer cet antidote que je me chargeai d'administrer.

« N'ayant point à notre disposition, disent MM Che- » vallier et Labarraque, dans une autre note que je dois » aussi à leur complaisance, de ce tritoxide de fer hy- » draté, qu'on ne trouve point dans les pharmacies, » nous prîmes du sulfate de fer du commerce, qui, » ayant été exposé pendant long-temps à l'air, avait » passé, en partie, de l'état de proto-sulfate à l'état de » persulfate. Ce sel fut dissout dans l'eau, puis préci- » pité par l'alcali volatil. Nous obtînmes ainsi un tri- » toxide de fer hydraté, mêlé a des hydrates de protoxide » et de deutoxide. »

Ce produit fut administré successivement à chacun des chevaux, à la dose d'un litre environ et en commençant par celui que je jugeais le plus malade. Le premier mourut six heures après avoir pris cet antidote; le second ne succomba qu'au bout de trente-sept heures; et le troisieme vécut jusqu'au huitième jour.

Je vais maintenant exposer le plus succinctement possible les principales lésions observées à l'ouverture de ces animaux. Je les indiquerai dans l'ordre numérique, en commençant par le cheval qui a succombé le premier.

N° 1. Cheval entier, sous poil gris, hors d'âge; mort sur la route de Versailles à Paris, treize heures environ après l'ingestion du poison. Les viscères abdominaux sont dans leur position naturelle; le péritoine est coloré et les vaisseaux qui rampent le long des bandes intestinales sont très injectés. L'estomac ne contient qu'un liquide jaunâtre, qui est recueilli dans un vase. La membrane muqueuse qui tapisse la face interne du sac droit réfléchit une couleur rouge presque écarlate; sa surface est ecchymosée dans plusieurs endroits, par plaques de la largeur d'un franc environ; le tissu sous-muqueux est injecté et cette injection s'étend jusqu'à la membrane charnue, qui y participe. L'intestin grêle contient une grande quantité d'un liquide lactescent;

il ne présente d'ailleurs aucune lésion sensible; il en est de même du cœcum. La muqueuse du colon est, au contraire, dans toute son étendue, d'un rouge très foncé; les matières que renferme cet intestin sont très liquides. La vessie contient une assez grande quantité d'un liquide coloré qui a été aussi conservé dans un vase particulier; la membrane qui revêt sa face interne est très injectée, surtout dans son fond. Les poumons sont sains; le cœur, d'un volume ordinaire; ses cavités ventriculaires, remplies de caillots fibrineux; le ventricule droit et les oreillettes n'offrent aucune lésion; *le ventricule gauche présente un grand nombre d'ecchymoses de forme pyramidale, qui s'étendent de sa base à sa pointe :* lorsqu'on les incise, on remarque que la membrane qui les recouvre est très rouge et qu'au-dessous d'elle il existe un caillot bien marqué. Les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont très injectés; quelques ecchymoses se font aussi remarquer sur l'arachnoïde, la masse cérébrale n'offre aucune altération sensible. Rien ne pouvant faire soupçonner une lésion de la moelle épinière, la colonne vertébrale n'a point été ouverte. Les liquides contenus dans l'estomac et dans la vessie ont été soumis à l'analyse par MM. Chevallier et Labarraque. Les recherches minutieuses de ces savans chimistes n'ont pu leur faire découvrir aucune trace de poison. Il est présumable que le cheval qui fait le sujet de cette observation aura éprouvé, sur la route de Versailles à Paris, comme les autres chevaux, une diarrhée dont le conducteur ne se sera point aperçu. Est-ce par les déjections que l'agent délétère a disparu; ou bien a-t-il été absorbé et porté dans le torrent de la circulation? Il est à regretter que le sang et les liquides contenus dans les intestins n'aient point été analysés : peut-être auraient-ils présenté le poison que les premières matières n'ont pu faire découvrir.

N° 2. Cheval gris, entier, hors d'âge, mort chez M. Collas, vétérinaire, quatorze heures environ après l'empoisonnement. Estomac très volumineux, renfermant une grande quantité d'alimens très durs, la membrane péritonéale de ce viscère est déchirée à sa grande courbure, dans une étendue de 40 centimètres environ; la muqueuse du sac droit est rouge et injectée dans quelques points seulement; il en est de même de celle qui tapisse l'intestin grêle et le cœcum. Le diaphragme est rupturé dans sa portion charnue, près du cartilage xiphoïde; il n'existe aucun épanchement de sang dans l'abdomen; et tout porte à croire que cette lésion est arrivée au moment de la mort de cet animal, qui était non-seulement empoisonné, mais encore atteint d'une indigestion bien marquée. Les poumons sont sains; le cœur présente les altérations qui ont été décrites dans la précédente observation, c'est-à-dire, *des ecchymoses nombreuses dans le ventricule gauche, s'étendant de l'orifice auriculo-ventriculaire à la pointe du viscère.*

N° 3. Cheval hongre, alezan, hors d'âge, mort, comme le précédent, dans l'écurie de M. Collas, quinze heures après avoir mangé l'avoine qui contenait le poison. Traces marquées d'inflammation sur la face interne du sac droit de l'estomac et sur la muqueuse du colon; intestin grêle et cœcum sains, vessie injectée, *ventricule gauche du cœur garni d'ecchymoses;* caillots fibrineux dans sa cavité et dans l'aorte postérieure.

N° 4. Cheval hongre, bai, hors d'âge, mort chez le sieur Lamy, dix-sept heures après avoir mangé l'aliment empoisonné. Rougeur et épaississement de la muqueuse du canal alimentaire, depuis et y compris le sac droit de l'estomac jusqu'à la portion flottante du colon; poumons sains, cœur volumineux, *ventricule gauche fortement ecchymosé à sa base.*

N° 5. Cheval entier, gris foncé, âgé de sept ans, mort chez son propriétaire, trente-deux heures environ après l'empoisonnement, et six heures après l'administration de l'antidote. L'estomac est garni d'alimens qui, à leur surface, présentent çà et là quelques points verdâtres. La membrane muqueuse du sac droit de l'estomac est fortement injectée; l'intestin grêle est rempli d'une matière noire-verdâtre, qui paraît être le contre-poison administré, mêlé aux liquides que contenait cet intestin; sa muqueuse est rougeâtre ainsi que celle du colon; le cœcum n'offre point d'altération sensible; il en est de même de la vessie et des poumons; *le cœur, comme chez les autres animaux, présente, à la base du ventricule gauche, des ecchymoses très marquées.*

N° 6. Cheval entier, rouen-vineux, hors d'âge, mort chez le sieur Lamy, cinquante-quatre heures environ après l'empoisonnement, et trente-six heures après avoir pris la solution de tritoxide de fer hydraté. L'estomac et l'intestin grêle contiennent un liquide noir-verdâtre, semblable à celui que renfermait l'intestin du cheval précédent; ces deux viscères et le cœcum sont très enflammés; *le ventricule gauche du cœur offre aussi des ecchymoses* tout-à-fait semblables à celles que nous avons décrites chez les autres animaux.

N° 7. Cheval entier, alezan, hors d'âge, mort le neuvième jour de l'empoissonnement et huit jours après avoir pris l'antidote. Le péritoine qui recouvre l'estomac et les intestins est très-rouge; la membrane épidermoïde du sac gauche de ce premier viscère s'enlève par lames; la muqueuse du sac droit est légèrement ecchymosée et ramollie; sa membrane charnue réfléchit une couleur rouge-pourpre; l'intestin grêle est rempli d'une matière noire, fétide; le cœcum n'offre aucune altération; la membrane muqueuse qui tapisse le colon est épaissie et remplie de sang épanché, particulièrement à la courbure pelvienne. Le cœur nage dans un liquide sanguinolent; le ventricule droit renferme beaucoup de sang; la membrane qui le revêt est très-rouge; *le gauche présente des ecchymoses nombreuses, mais, à la vérité, beaucoup moins sensibles et moins étendues que chez les autres chevaux.*

Dans tout ce qui précède il résulte, messieurs, 1° que les sept chevaux, qui font le sujet de cette note, ont été empoisonnés, à n'en pas douter, par l'*arséniate de potasse;* 2° que la présence de ce poison s'est manifestée chez tous ces animaux par de violentes coliques, compliquées d'une diarrhée, qui n'a cessé qu'avec la vie; 3° qu'à l'ouverture de ces sept chevaux, des traces

d'inflammation ont été observées soit dans l'estomac, soit dans les intestins, soit dans la vessie, et quelquefois sur tous ces viscères en même temps; 4° que chez tous ces animaux des ecchymoses nombreuses existaient à la base du ventricule gauche du cœur, et qu'aucune lésion semblable ne se faisait remarquer dans les autres cavités de ce viscère; 5° que les matières contenues dans l'estomac et dans la vessie du premier de ces chevaux, soumises à l'analyse, n'ont offert aucune trace du poison; 6° enfin, que le tritoxide de fer hydraté a été administré à trois de ces chevaux, comme antidote; que le premier de ces animaux est mort 6 heures après l'ingestion du contre-poison; le deuxième, au bout de 37 heures, et que le troisième a vécu jusqu'au huitième jour.

Est-ce à l'action du contre-poison qu'il faut attribuer la prolongation de l'existence de ce dernier animal, ou bien dépend-elle de ce qu'il avait pris une moins grande quantité d'arséniate de potasse que les autres chevaux? La solution de ces questions me paraissant impossible, je ne m'y arrêterai point. Je me bornerai seulement à vous faire remarquer, messieurs, qu'il me semblerait injuste de tirer, du peu de succès que nous avons obtenu de l'emploi du tritoxide hydraté, aucune conséquence défavorable au moyen proposé par les docteurs Bunzen et Berthold, attendu que leur antidote n'a été administré que 28 heures environ après l'empoisonnement.

Je me propose de faire très-prochainement quelques expériences sur des chevaux, pour constater l'efficacité de ce contre-poison. Aussitôt qu'elles seront terminées, je m'empresserai de vous en soumettre le résultat, quel qu'il soit.

L'événement, dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir, messieurs, soulève une question d'une haute importance et qui est du domaine de l'hygiène publique. Lorsqu'une loi sévère, rendue en germinal an XI, impose aux pharmaciens l'obligation de ne vendre des poisons que sur ordonnance de médecin, et punit les contrevenans d'une amende de 3,000 francs, on se demande comment il se fait que les poisons les plus actifs, les matières les plus vénéneuses circulent tous les jours sur la voie publique, sans la moindre précaution. Un tel état de choses ne peut subsister plus long-temps et mérite de fixer toute l'attention de l'autorité. Déjà le conseil général de salubrité a dû s'occuper de cette importante question. La sollicitude des savans qui le composent, pour tout ce qui intéresse la santé publique, nous est un sûr garant de la sagesse des mesures qui seront prises.

—

MÉDECINE LÉGALE.

—

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Affaire Thouret Noroy.

Par M. Charles dalboussière, avocat à la Cour royale de Paris.

Un arrêt de la Cour royale de Rouen a fait une application récente du principe de la responsabilité médicale. Plusieurs fois, depuis un petit nombre d'années, de semblables débats ont retenti sur la scène judiciaire, et jamais les décisions qui intervinrent ne firent une aussi grande impression que celle qui fixe en ce moment les esprits. Déjà l'Académie royale de médecine, en une autre occasion, a fait entendre d'unanimes, mais vaines protestations. Aujourd'hui, l'alarme s'est répandue plus vive encore, les réclamations s'élèvent universelles, soit à cause des circonstances particulières du procès sur lequel a été rendu l'arrêt de la Cour royale de Rouen, soit que les appréhensions augmentent et se multiplient à mesure que la jurisprudence tend à s'établir sur des autorités plus puissantes et plus nombreuses. Nous ferons connaître les faits de la cause soumise dernièrement aux tribunaux, le jugement et l'arrêt confirmatif qui sont intervenus, après nous être livrés à un examen général du principe de la responsabilité.

Cette haute question touche aux intérêts les plus précieux de l'humanité; sa solution peut entraîner les plus fatales conséquences, et il n'en est pas de plus imprévue ni de plus abandonnée aux égaremens de la controverse. Si l'on remonte vers les temps anciens pour examiner quel fut jusqu'à ce jour le régime qui a gouverné la profession médicale, les défenseurs les plus exclusifs de la responsabilité reconnaîtront qu'il est impossible de ne pas se désister aujourd'hui de la sévérité des investigations judiciaires des siècles passés, et si nous jetons les yeux sur nos lois nouvelles, nous y chercherons vainement un texte spécial, des règles expresses en dehors des dispositions générales qui ouvrent à la discussion un champ illimité.

De la responsabilité médicale avant les Codes.

La profession médicale a long-temps rencontré dans l'esprit du législateur plus de suspicion que de crédit, par conséquent, dans les lois plus d'entraves que de protection. La loi romaine était rigoureuse envers le médecin; nous lisons : Proculus dit : *Si médicus servum imperitè secuerit, vel ex locato, vel ex lege Aquiliâ competere actionem, idem juris est si médicamento perperàm usus fuerit; sed et qui dereliquit curationem, securus non erit, sed et culpæ reus intelligitur* (*ad legem Aquiliam*). Ainsi, un médecin avait-il pratiqué une opération d'une manière malhabile *imperitè?* avait-il prescrit à tort un médicament? avait-il, après une

amputation, négligé le traitement du malade? Il était responsable : la loi romaine lui demandait compte de son impéritie, de sa négligence, ainsi que le témoignent les passages que nous avons cités. *Imperitia culpæ annumeratur* (*de div. reg. jur.*); et ailleurs : *Magna negligentia culpa est, magna culpa dolus est* (*de verb. signif.*). Tous ces textes et d'autres encore fournissaient des armes souvent dirigées contre le médecin, et faisaient peser sur sa tête une double responsabilité, car cette responsabilité ne lui imposait pas seulement une réparation civile, limitée au préjudice souffert, le dommage n'était point la mesure exacte de l'indemnité. Il naissait encore de la loi *Aquilia* une obligation au-delà : cette obligation était une sorte de sanction pénale ; car la loi comprenait l'impéritie et la négligence du médecin au nombre des délits; elle les recherchait, elle les réprimait comme des délits, indépendamment de l'action publique qui avait des effets bien plus graves encore.

Qu'y a-t-il, au reste, qui doive surprendre dans ces dispositions à l'égard du médecin? Le magistrat revêtu des hautes fonctions de la judicature n'était-il pas lui-même soumis à de semblables rigueurs? Nous ne parlons pas ici du juge prévaricateur, de celui que l'appât du gain, les séductions des passions, ou la violence d'un ressentiment, aveuglaient au point de lui faire oublier ses devoirs et profaner son ministère. La loi ne poursuivait-elle que celui-là? la bonne foi qui éteignait l'action criminelle était-elle un obstacle à toute autre recherche? Non : le défaut de connaissances, l'impéritie du juge n'étaient point hors des atteintes du justiciable. Une interprétation erronée, une fausse application des principes du droit, rendaient le magistrat responsable envers celui qui souffrait de la sentence; seulement, si l'ignorance ou la négligence du médecin constituait un véritable délit, l'erreur du juge n'avait pas ce caractère : de là une différence essentielle dans la responsabilité. On a donné divers motifs de cette distinction, nous n'avons point à nous en occuper ici : nous avons voulu seulement constater que la dignité, l'éminence de ses fonctions, une intention pure, n'étaient point un rempart pour le juge; qu'il pouvait être contraint de descendre de son siège pour venir appuyer sa sentence devant un juge nouveau, ou subir une réparation dont celui-ci était l'arbitre. La responsabilité suivait donc le magistrat dans le prétoire. Comment n'eût-elle pas accompagné le médecin auprès du lit du malade? Comment même n'eût-elle pas été plus sévère? On sait dans quelles circonstances et sous l'influence de quelle condition sociale cette législation avait frappé l'art médical, et par quel enchaînement elle s'est perpétuée jusqu'à une époque peu éloignée de nous, sans que les progrès des temps en aient affranchi la science. Le droit romain, dont nos lois anciennes étaient en beaucoup de points, une image fidèle, nous avait aussi légué ses méfiances et la plupart des entraves qu'il avait posées au développement des connaissances médicales. Notre jurisprudence avait accueilli ses doctrines; toutefois, en s'appropriant le principe, elle n'avait pas aussi généralement adopté toutes ses rigueurs. Ainsi, les interprètes de la loi, les sénéchaussées, les parlemens étaient partagés de sentimens; les uns donnaient à la loi romaine toute son extension : l'impéritie pouvait servir de base à une action, elle était du domaine des tribunaux, même dans les cas où elle n'était associée à aucune intention coupable. Les autres y apportaient un tempérament important : c'était tout un régime nouveau que les plus grandes exigences ne pouvaient trouver oppressif; l'ignorance, l'impéritie n'étaient plus l'objet des investigations de la justice; la loi recherchait seulement le dol; elle sévissait partout où elle découvrait négligence coupable, préméditation perfide; elle était toujours armée, mais seulement contre le délit; devant elle, le défaut d'habileté et de lumières n'avait plus ce caractère, ou du moins elle avait abdiqué le droit de le rechercher et de le punir.

Les deux doctrines ont pour appui une jurisprudence forte de nombreuses autorités. M. Merlin, dans son répertoire, au mot *Chirurgien*, après avoir reproduit plusieurs exemples qui attestent l'existence de la première, met en regard d'autres arrêts qui renferment la responsabilité dans le cercle plus étroit du dol et du délit : ainsi, une sentence du Châtelet avait jugé que les chirurgiens ne sont pas garans et responsables de leurs remèdes, tant qu'il n'y a que de l'ignorance et de l'impéritie de leur part, parce que le malade ne peut s'en prendre qu'à lui de son choix, *quia ægrotus debet sibi imputare cur talem elegerit.* Cette sentence fut confirmée par un arrêt du Parlement de Paris de 1696. « Il n'y a, dit Brillon, qu'un seul cas où l'on ait action contre eux, c'est lorsqu'il y a dol, auquel cas c'est un véritable délit; il en est autrement lorsqu'on ne peut leur imputer qu'un quasi-délit, à la différence du droit romain, qui voulait que l'impéritie fût regardée comme faute. »

Un malade accusait un chirurgien de l'avoir estropié en lui faisant une incision, et réclamait contre lui des dommages-intérêts; celui-ci forma sa demande en paiement d'honoraires; on ne pouvait lui adresser aucune inculpation de malice ni dol, mais comme il avait opéré malgré l'avis contraire de deux chirurgiens, on lui reprochait beaucoup d'opiniâtreté. La sénéchaussée de la Guyenne rejette les prétentions respectives des parties; appel de la part du chirurgien, qui soutient que « les termes de la loi *malè et imperitè* ne s'appliquaient qu'à des chirurgiens malhabiles et qui n'étaient point maîtres-jurés et sans expérience, et non à des maîtres qui avaient donné des preuves de leur suffisance dans d'autres cures qu'ils avaient faites; qu'il pouvait arriver, dans ces cas, des accidens, des événemens fâcheux, par le mauvais tempérament du malade et la faiblesse de la nature, dont le chirurgien, qui avait d'ailleurs de bonnes intentions, ne pouvait être tenu. » Un arrêt intervint qui confirma la sentence et fut suivi d'un avertissement sévère adressé au chirurgien par le président, par lequel ce magistrat lui enjoignait d'être plus prudent à l'avenir, d'appeler un conseil dans les

grandes cures, et, dans les consultations, de déférer toujours à l'avis de la majorité.

Ces décisions prouvent que déjà la responsabilité médicale, mieux comprise, s'adoucissait à l'avantage de la science et de l'humanité; quel que soit le nombre de celles qui retenaient le médecin sous le joug des anciens principes, il n'en est pas moins vrai que l'application de ceux-ci tendait à se resserrer dans de plus justes limites. « Les lois romaines, dit Montesquieu, voulaient que les médecins pussent être punis pour leur négligence et leur impéritie; dans ce cas, elles condamnaient à la déportation le médecin d'une condition peu relevée, et à la mort celui qui était d'une condition plus basse : par nos lois, il en est autrement. Les lois de Rome n'avaient pas été faites dans les mêmes circonstances que les nôtres : à Rome, s'ingérait de la médecine qui voulait; mais, parmi nous, les médecins sont obligés de faire des études, de prendre certains grades; ils sont censés connaître leur art. (*Esp. des Lois*, liv. XXIX chap. XIV.)

Tel était donc à Rome l'état de barbarie dans lequel languissait la profession médicale! Ces répressions draconiennes durent s'éteindre avec les circonstances qui les virent naître, et cet art si long-temps méconnu se releva successivement de sa longue humiliation. Sous l'empire de nos anciennes lois, la grave autorité de Montesquieu, lui rend sa dignité, son indépendance. Bien qu'on puisse dire que le passage cité, plus spécialement occupé des recherches criminelles, ne s'étend pas à la responsabilité du médecin envers le malade, que cette responsabilité reste entière; cependant le texte même, les considérations qui le terminent, et les exemples que nous avons cités conduisent à conclure, d'une manière générale, que l'impéritie commençait à échapper aux poursuites judiciaires; d'autres exemples établissent, il est vrai, qu'elle y est demeurée soumise, au moins en ce qui touche la réparation civile envers la personne lésée; mais déjà les arrêts ne sont plus unanimes, ils sont combattus par des arrêts contraires, c'est un progrès très-grand vers un état meilleur; et quel appui chercherait-on, d'ailleurs, dans cette partie de la jurisprudence demeurée inflexible? Quelles conséquences pourrait-on tirer des souvenirs du passé? Cette législation pouvait être en parfaite harmonie avec les nécessités ou les idées des temps; fille du droit romain, elle trouvait son explication dans cette longue succession de défaveur et de préjugés dont les médecins avaient été frappés et dont les anciens nous avaient transmis l'héritage, soit que cette défaveur, ces préjugés aient eu pour cause l'état peu avancé de la science et de l'art, soit que l'art et la science se croient en droit de leur renvoyer une partie de l'accusation, toujours est-il que si la médecine a eu de beaux âges, si ses fondateurs et leurs plus célèbres disciples s'environnèrent de tous les prestiges d'une éclatante et durable illustration, en général cependant elle fut, même pour les classes élevées, un assemblage barbare de recettes et de médications empiriques, domaine obligé du ridicule et du sarcasme. La chirurgie, réduite aux proportions d'un art mécanique, alliée aux offices les plus subalternes, subissait plus rigoureusement encore la réprobation commune. Il est affligeant de le dire, long-temps la science médicale eut à combattre les dédains dont elle était poursuivie, les condamnations judiciaires n'étaient pas celles qui pesaient le plus sur elle, les arrêts des cours de justice étaient les formules sous lesquelles se produisaient au sérieux les opinions reçues, tandis que dans les sociétés particulières et sur la scène elles recevaient une autre forme. Sous l'empire de ces idées on avait bien pu transformer le médecin en un instrument de délations; comment par zèle pour les intérêts mal compris de l'humanité, n'eût-on pas été conduit à opprimer une science qui inspirait peu de confiance, et qu'on ne craignait pas d'avilir? Qui ne se rappelle la pénible stupéfaction qui s'empara de toutes les classes de la société, à l'apparition dans la capitale de l'Europe civilisée de cette ordonnance qu'une main malheureuse exhuma de l'oubli où elle était ensevelie? Concluons donc, par cette maxime si vraie dont Montesquieu, de son temps déjà, faisait l'application aux médecins qui de nos jours est encore bien mieux justifiée, savoir : qu'il ne faut jamais séparer les lois des circonstances où elles ont été faites.

Et à quelle époque invoquerions-nous des précédens déjà si loin de nous? N'est-ce pas de nos jours seulement que les différentes branches de l'art de guérir, étendant de plus en plus leurs conquêtes sur l'ignorance et le préjugé, ont triomphé des résistances d'une opinion qui avait en quelque sorte pour elle la sanction des temps? Quelle science subit plus promptement une plus éclatante rénovation? Les connaissances anciennes, héritage équivoque du passé, soumises par elle à un examen plus sévère, se sont épurées et affermies; de précieuses découvertes lui ont tracé des voies neuves et fécondes; enfin elle est arrivée à ce point d'élévation que, dans beaucoup de questions d'ordre administratif, civil et criminel, elle est digne de verser dans le sanctuaire des lois et dans les conseils du législateur, le tribut de ses lumières. Témoin de tant d'efforts et de tant de progrès, la société a brisé les premières entraves, elle a abjuré ses préventions, cessé ses arrêts : pourquoi seule inflexible, immuable, la législation des mauvais jours ne réformerait-elle pas aussi les siens?

De la responsabilité médicale sous l'empire des codes.

Aujourd'hui, la question se présente sous un aspect nouveau et divise les esprits. Et d'abord, remarquons qu'en parcourant les tables de nos lois, nous ne voyons nulle part que la responsabilité médicale ait été l'objet des prévisions du législateur; si dans un texte spécial il l'a établie pour un cas déterminé, cette précaution est devenue un des argumens sur lesquels on s'appuie le plus pour repousser l'extension du principe à d'autres.

Ce silence de la loi, diversement interprété, sert aux uns à décliner une responsabilité incompatible avec l'exercice de l'art, funeste aux intérêts sociaux; il sert aux autres à rappeler les premiers sous le poids des prin-

cipes généraux qu'aucune dérogation spéciale n'a fait fléchir encore. Ces deux systèmes, également dangereux dans leurs conséquences extrêmes, attestent la nécessité d'enlever au vague des dispositions générales, des questions tout exceptionnelles, dont les difficultés innombrables et les solutions si vivement contestées mettent chaque jour plus à découvert les lacunes de notre législation médicale. Garantir la société des abus d'une impunité absolue, protéger la science contre les irruptions inconsidérées des inquisitions judiciaires, offrir sécurité à la première, indépendance à la seconde, tels sont les vœux qui s'élèvent de toutes parts, et appellent l'intervention d'une législation spéciale appropriée à la nature et à l'importance du sujet.

Une double responsabilité est invoquée contre le médecin : responsabilité publique qui le soumet à l'expiation pénale des accidens qui lui sont attribués, comme d'un délit que la loi peut excuser, mais qu'elle ne saurait laisser tout-à-fait impuni ; responsabilité privée qui l'oblige à la réparation civile du dommage individuel par une indemnité pécuniaire envers celui qui le souffre.

Les art. 319, 320 du Code pénal servent de texte à la première, ils sont ainsi conçus :

Art. 319. Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou inobservation des réglemens, aura commis involontairement un homicide, ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 francs à 600 francs.

Art. 320. S'il n'est résulté du défaut d'adresse et de précaution, que des blessures ou coups, l'emprisonnement ne sera que de six jours à deux mois, et l'amende de 16 à 100 francs.

La seule lecture de ces articles démontre par quelle induction éloignée, quelle penible analogie on fait peser sur le médecin la rigueur exorbitante d'une loi pénale. Ceux qui en requièrent le plus l'application conviennent qu'ils se rapportent plus spécialement à un genre de délit tout-à-fait étranger aux accidens involontaires, qui peuvent affliger un médecin dans l'exercice de sa profession. Ainsi, on reconnaît que le législateur a eu pour but général de réprimer les contraventions aux mesures de police, les infractions aux réglemens, etc., etc.; les violences exercées dans les querelles et rixes, les homicides et blessures produites par un cheval mal gouverné, par une voiture qui n'est pas surveillée, à la chasse par l'imprudence ou l'inattention du chasseur; enfin cette multitude infinie d'événemens malheureux de la vie ordinaire que plus d'attention, d'adresse ou de prudence, aurait fait éviter, et on avoue qu'aucun but de responsabilité médicale n'a préoccupé la pensée qui a formulé les dispositions des art. 319 et 320 du code pénal. Suivant nous ces réflexions devraient suffire pour écarter *de plano* l'application de semblables pénalités à des questions tout-à-fait imprévues qui ne s'y rattachent que par l'extension indéfinie, dangereuse, qu'on donne aux mots maladresse, négligence, inattention, etc. Certes, si les faits médicaux avaient pu entrer dans l'esprit du législateur, comme objet de répressions de ce genre, des considérations toutes puissantes de l'ordre le plus élevé les auraient distingués des généralités dans lesquelles on les enveloppe; la loi elle-même eût fixé les circonstances capables de donner lieu à de telles expiations; elle en eût réglé la poursuite, déterminé les formes, et prescrit avec quelle économie l'intérêt social aurait permis d'en user, mais le législateur ne l'a pas fait, il s'est renfermé, dans un silence absolu : c'est que d'un coup-d'œil, il en a compris l'impossibilité, calculé les dangers, et il s'est tu. On répond qu'il s'est suffisamment expliqué, que les art. 319, 320 ne sont par limitatifs, que les tribunaux peuvent en faire l'application à tous les cas qu'ils jugent leur appartenir, que la loi leur a confié ce soin : ces articles ne sont pas limitatifs, soit; ils peuvent s'étendre à tous les cas semblables à ceux qui ont pû être plus particulièrement prévus, sans aucun doute. Mais encore faudra-t-il qu'il y ait similitude, analogie? Le mombre est grand des exemples qu'on peut citer, et qui se trouvent compris dans le cercle des précédentes dispositions, mais quelle similitude entre tous les cas qu'on voudra imaginer, et le médecin qui, revêtu d'un caractère légal, accomplissant un devoir sacré, se sera trompé dans l'exercice d'un art qui n'a pas de règles déterminées, qui avance incessamment dans des routes inconnues à la plupart des hommes, et que la nature dévoile à peine aux adeptes de la science ? quelle analogie entre le chirurgien qui, dans une opération laborieuse, verra se développer sous sa main un de ces accidens sur lesquels on ne peut trop gémir, mais que l'infirmité humaine comporte, que l'habilité la plus grande ne peut pas toujours éviter, et celui qui, dans un exercice dont il est facile d'empêcher les abus, ou au mépris de toutes les mesures établies pour la sûreté publique, devient l'auteur punissable d'un malheur, tels que ceux prévus par les art. 319,320 ? Certainement, les dissemblances sont manifestes, la comparaison ne saurait s'établir, et il serait à-la-fois tyrannique et injuste de les comprendre tous sous le même régime, de les soumettre à la même loi. Or, s'il est vrai que ces articles n'aient pas été écrits en vue du médecin, mais bien en vue de faits qualifiés par la loi, auxquels les faits médicaux ne sauraient être assimilés, peut-on sans donner une extension forcée à ces dispositions, en faire l'application à ceux-ci? Certes, voulût-on même attribuer aux erreurs, ou autres faits involontaires du médecin, un caractère de délit qu'ils ont dès long-temps perdu, il serait injuste encore de les rechercher ou de les confondre dans les textes précités, et de marcher par les voies ordinaires à la découverte d'une faute insaisissable. L'art. 4 du code pénal qui statue que nulle contravention, nul crime, nul délit, ne peut être puni de peines qui n'étaient pas prononcées par la loi avant qu'ils fussent commis, trouverait ici sa place naturelle. Car assurément ce délit d'une espèce nouvelle ne serait pas prévu, et il y aurait lacune dans la législation pénale. Mais disons plutôt, ce qui nous paraît concilier les besoins de la science et les avantages généraux de l'humanité;

disons que si le législateur a gardé le silence, c'est que, dans un but éminent d'intérêt social, il s'est reposé sur un usage universellement répandu parmi nous, sous nos lois anciennes et conformes au système que nous soutenons. Quel pas rétrograde le système contraire ne ferait-il pas faire à la législation? Nous avons vu que long-temps avant les codes une jurisprudence s'était introduite, par laquelle le médecin ou le chirurgien ne pouvait être recherché, même à fin de réparation civile, que pour dol et délit, mais surtout qu'il ne pouvait être soumis à une répression pénale; nous avons cité à ce sujet la grave autorité de Montesquieu, nous lisons encore dans *Ferrière* : « Quand il arrive qu'un chirurgien, par impéritie, ou par méprise, cause la mort à quelqu'un, ce fait est regardé, suivant l'usage de toute la France, comme un quasi-délit qui ne se punit que par une condamnation de dépens, dommages-intérêts, et non par de peines afflictives, parce que autrement il n'y aurait personne qui voulût se charger d'une profession si hasardeuse. » Ainsi de nos jours l'application des art. 319, 320 serait un anachronisme injustifiable qui replacerait la médecine sous le joug des époques les plus dures de son long esclavage, ce serait en quelque sorte faire reparaître les liens sous lesquels la loi romaine l'avait asservie, et que les progrès de l'art et de la civilisation en général avaient dès long-temps rompus, un pareil régime ne saurait revivre. La science a glorieusement conquis ses titres à plus d'indépendance, et la société, qui en a reçu les bienfaits, ne saurait offrir la flétrissure d'une condamnation pénale, et les chances d'une prison à l'homme dont le dévoûment et les lumières sont souvent couronnés des succès les plus inespérés, et quelquefois aussi rendus inefficaces par les revers les plus inattendus! Que dans les circonstances où le médecin s'étant mis en contravention ouverte avec une loi écrite, des accidens aient été la conséquence de sa témérité, la loi exerce sur lui son action répressive, l'intervention puissante de son autorité est juste, elle est rationnelle : ainsi un officier de santé et une sage-femme entreprennent seuls des opérations ou des cures dans les cas difficiles où la loi les oblige à ne les tenter que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, leur insuffisance, leur présomption n'a pas été heureuse, des suites graves ont justifié les prohibitions de la loi et une juste pénalité vient frapper le coupable qui a enfreint une règle écrite, à laquelle il est tenu d'obéir; ici, il y a une contravention manifeste parfaitement appréciable. Il était frappé d'une incapacité légale, il a excédé ses pouvoirs, il a écarté la garantie que le législateur trouvait dans les lumières du docteur, pour la sûreté plus grande du malade, et aussi pour mettre à couvert la responsabilité des actes de l'opérateur, il en subira le châtiment.

Au reste, c'est surtout à des cas de ce genre que les tribunaux ont restreint l'application des pénalités de la loi; néanmoins les partisans les plus sévères de la responsabilité médicale comprennent d'une manière générale le médecin dans les termes des art. 319, 320 du Code pénal, et dès-lors s'élève cette inépuisable controverse, afin de déterminer quels faits y seront soumis, quels autres en seront exclus; et l'on conçoit dans quel dédale d'opinions diverses on se trouve perdu, quels embarras préparent aux tribunaux les contestations inséparables d'un pareil système. Nous bornerons ici nos réflexions sur les art. 319, 320 du Code pénal; désormais elles se confondront avec l'examen sur les art. 1382, 1383 du Code civil. Inutile de nous attacher plus long-temps à cette question de responsabilité, séparée de ces derniers articles. Isolée, toute grave qu'elle est, elle se présente sous un aspect incomplet dans la discussion générale : que le médecin soit soumis par la loi à une peine et à une indemnité, ou à une indemnité seulement, sans doute la distinction est importante, mais l'intérêt vital de la contestation n'est pas là; ce qu'il importe surtout d'examiner, c'est la responsabilité en général, puis, quelles sont les limites de cette responsabilité, non pas quant à l'importance et à la nature de la réparation, mais bien quant aux faits qui peuvent lui donner naissance et aux recherches qu'il est possible de faire pour parvenir à la constatation de ces faits. Embrassons donc la responsabilité dans ses termes les plus généraux, dans les art. 1382, 1383 du Code civil; c'est sur leurs dispositions que se fondent toutes les demandes en réparation civile, dommages-intérêts, indemnité, dirigées contre les médecins, c'est-à-dire presque toutes les réclamations dont les tribunaux ont été saisis, et les décisions qui les ont terminées.

Ces articles sont ainsi conçus :

Art. 1382. Tout fait quelconque de l'homme qui porte un préjudice à autrui, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non-seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Nous ne venons point discuter ici l'étendue des dispositions qui précèdent. Elles disent assez dans quelle vaste latitude elles embrassent tous les hommes dans quelque condition qu'ils se trouvent placés, et tous les genres de dommage qu'on peut causer à autrui. Les inspirations de la conscience, devançant les enseignemens de la réflexion, nous les présentent appuyées sur ces règles de justice universelle au-dessus desquelles personne n'a droit de s'élever. La réparation du préjudice causé à autrui n'est pas une pure convention de droit civil, c'est en même temps un principe de droit naturel préexistant que la loi écrite a consacré. Toutes les restrictions à l'extension de ce principe doivent être établies, déterminées d'une manière spéciale, justifiée par des motifs puissans et avérés.

Veut-on pénétrer davantage l'intention qui animait le législateur lorsqu'il a tracé les termes des art. 1382 et 1383, et connaître le sens qu'une interprétation générale y a attaché? D'une part, les discours des orateurs qui ont présenté et soutenu le projet de loi, soit au tribunat, soit au corps législatif; d'autre part, l'universalité des jurisconsultes, les uns par leurs lumineux développemens qui sont toujours le guide le plus sûr

pour saisir l'esprit d'une loi, puisqu'ils ne sont autres que les motifs qui l'ont fait établir, les autres par de savantes discussions, sur les applications de la loi, tombée dans le domaine de la controverse, forment un corps de doctrine qui, tout en admettant des modifications importantes pour certains cas particuliers, ne laisse à personne la faculté de se placer d'une manière absolue en dehors de la condition commune des autres hommes, et pour ne citer qu'un passage d'un auteur qui les résume tous :

« La loi, dit Toullier, ne pouvait balancer entre l'auteur d'une faute, d'une négligence préjudiciable, et la personne qui souffre de cette négligence; partout ou elle voit une perte pour un citoyen, elle en recherche l'auteur, elle examine s'il lui a été possible de ne pas causer cette perte, et dès qu'elle trouve en lui de l'inattention, de la légèreté, de l'imprudence, elle le condamne à la réparation du dommage qu'il a fait : ainsi, point d'excuse sur l'intention ni sur la qualité de la faute; la loi d'accord avec la raison veut qu'on répare la faute la plus légère, car il est sans contredit plus juste que l'auteur même indirect du dommage en supporte la perte quelque légère que soit sa faute, que celui à qui on ne saurait en reprocher aucune. »

Ainsi, ce serait une prétention exorbitante tout-à-fait inadmissible de soutenir que seul entre tous et quel que soit le grief qui pèse sur lui, le médecin, dans la pratique de son art, a droit de s'envelopper du manteau d'une entière inviolabilité, de faire de son titre légal une arme toujours victorieuse des inculpations les plus incontestées. Il ne peut être permis de répondre à toutes les plaintes : je suis médecin, j'ai agi dans l'exercice de ma profession, je suis au-dessus des art. 1382 et 1383 du Code civil, comme de toute responsabilité. Ce serait méconnaître les premières conditions de toute société et détruire cette alliance intime qui unit les intérêts généraux avec ceux du corps médical et de tous les membres qui le composent : aussi, l'irresponsabilité absolue est-elle une exagération qui est repoussée même par la presque totalité de ceux auxquels elle pourrait profiter.

Mais tout généraux que sont les principes contenus dans les articles précités, et précisément à cause de leur généralité, dans leurs applications aux cas particuliers, ils subissent des modifications multipliées qui les font fléchir ou du moins en adoucissent les rigueurs. Ainsi, que dans tous les cas ordinaires de la vie où une erreur, une négligence, une imprudence causent à autrui un préjudice, la loi recherche, atteigne, et oblige l'auteur à réparer la faute la plus légère : sans doute c'est là son vœu. Mais cette règle indéfinie, qui comprend jusqu'aux plus légères erreurs, peut-elle recevoir une extension aussi large dans certains cas exceptionnels, comme ceux, par exemple, du magistrat dans l'administration de la justice, de l'avocat dans l'exercice de son ministère, du notaire dans ses fonctions?

On sait quelle était la responsabilité du juge à ces époques, par exemple, où elle s'élevait si inflexible contre le médecin. Dans ces temps de barbarie, une législation uniforme, ou plutôt une monstrueuse coutume, avait adopté le combat judiciaire comme une révélation providentielle qui faisait toujours briller la vérité et triompher le bon droit, et le juge était forcé et descendre dans l'arène et de disputer, en champ clos, de force, d'adresse, d'intrépidité avec le plaideur, qui incriminait la rectitude de son jugement et l'étendue de ses lumières. Les premiers pas vers une civilisation meilleure firent disparaître sans retour ces formes barbares, et substituèrent successivement des appels devant des cours supérieures; mais ces usages nouveaux faisaient encore courber le juge sous la plus déplorable dépendance, car c'était lui encore qui était contraint de comparaître et de faire reconnaître à ses risques et dépens le mérite de la sentence qu'il avait rendue. Les seigneurs, baillis et tout magistrat faisant office de rendre la justice, furent soumis long-temps à l'empire de ce régime, sauf les tempéramens variés que la progression des temps ou les lois particulières à certaines provinces purent introduire. Enfin parut l'ordonnance de Blois qui releva la dignité du juge en assignant des limites aux envahissemens des plaideurs. Cette ordonnance ne permit de rechercher le juge que pour dol, fraude, concussion, faute manifeste. L'ordonnance de 1667 revint à des dispositions plus sévères. Dans la confection de nos lois modernes, le législateur, plein de cette pensée, que l'honneur, l'indépendance de la magistrature touche de près aux intérêts généraux de la société, a introduit des règles plus rationnelles et plus justes. Le juge n'est plus responsable que dans des cas spéciaux qui peuvent tous se comprendre sous les dénominations de dol et de délit, et dans les diverses autres circonstances qui donnent ouverture à la prise à partie; celles enfin qui sont nettement déterminées par la loi. Un arrêt de la cour de cassation de 1806 a consacré, il est vrai, l'application des art. 1382 et 1383 aux fonctionnaires judiciaires; mais des considérans de l'arrêt, de l'examen de l'espèce sur laquelle il a été rendu, et de la doctrine unanime des auteurs, on infère cette conclusion incontestable, que ces art. 1382 et 1383, de généraux qu'ils sont, deviennent dans leur rapport avec l'ordre judiciaire de rares exceptions. Et dans leur rapport avec le barreau, qu'elles pourraient être en dehors des faits de fraude, de délit, leurs applications possibles? Ne seraient-elles pas destructives de la profession elle-même? Elles briseraient les bases antiques sur lesquelles elle est établie; et comme les garanties qui assurent son inviolabilité, dans certaines limites, sont une des plus puissantes protections des intérêts vastes et nombreux qu'elle est appelée à protéger et à défendre, là s'élèvent encore des barrières que les art. 1382 et 1383 ne sauraient franchir.

Nous voyons qu'anciennement les notaires ne pouvaient êtres responsables que de la fraude et du dol. Depuis la loi du 25 ventose an XI, sur le notariat, cette doctrine a été fortement soutenue. Cette loi ayant déterminé certains cas dans lesquels le notaire encourait la responsabilité, la discussion s'est engagée si, hors ces cas et

ceux où il y a délit, il pouvait encore être recherché. La jurisprudence, sur ce point, s'est long-temps combattue, elle a été lente à s'établir d'une manière définitive ; enfin la cour de cassation a décidé, en ce sens, que le notaire peut être poursuivi pour autre cause, mais dans quelle condition ? Pour faute infiniment lourde ; ainsi il faut qu'il y ait en une ignorance tout-à-fait crasse, omission d'une formalité que tout notaire doit connaître et qui n'offre aucune ambiguité dans son application aux actes argués de nullité ; mais le véritable sens de la loi n'est-il pas fixé ? S'agit-il d'une matière que le législateur a livrée aux incertitudes de l'interprétation, ou bien soumise encore aux fluctuations d'une jurisprudence non établie ; le notaire ne saurait être appréciateur responsable des lacunes ou des indécisions de la loi, non plus que des discordances et des hésitations des tribunaux. En examinant ainsi ces art. 1382, 1383, dans leur contact avec tous autres officiers ministériels, on voit également qu'ils se restreignent, modifient diversement dans les applications particulières qui en sont faites. Les mêmes observations surgissent pour toutes les professions ou arts qui exigent des études spéciales, des connaissances appropriées. Toujours les incertitudes plus ou moins grandes des prescriptions de l'art, la difficulté de la mise en œuvre, les obstacles qui n'ont pu être prévus, sont un équilibre à cette responsabilité indéfinie, puisée dans les art. 1382 et 1383. Si, de tous les exemples qu'on peut parcourir, on tire cette induction générale, rigoureuse, qu'en principe tous les hommes sont responsables, quelle que soit la fonction qu'ils remplissent et la profession qu'ils exercent, on déduit également cette conclusion aussi rigoureuse, que des dispositions particulières ou les décisions constantes des cours admettent une juste et utile circonscription aux conséquences extrêmes de ce principe. Ceci posé, la question se présente : dans quelle latitude la responsabilité du médecin ou chirurgien peut-elle être engagée par les griefs et reproches qu'ils peuvent encourir pour le traitement de ceux qui se sont confiés à leurs soins ?

L'auteur d'un livre récemment publié sous le titre de *Jurisprudence de la Médecine, de la Chirurgie et de la Pharmacie en France*, etc., etc., ouvrage fort utile à tous les hommes qui ont à cœur de connaître les rapports de la médecine en général, avec la justice et l'administration, M. Trébuchet, dans un chapitre sur la responsabilité médicale, s'arrête à cette idée, que le médecin ne saurait être recherché ou poursuivi en justice pour cause d'impéritie ; mais il admet la responsabilité *toutes les fois qu'elle portera sur des faits matériels facilement appréciables, sur des contraventions, sur des délits écrits dans la loi, toutes les fois que le médecin pourra être accusé d'une faute grave, d'une négligence coupable.*

Cette distinction exprime très-bien, d'une manière générale, la mesure de la responsabilité du médecin ; cependant on comprend que dans l'application, où tous les faits se confondent, elle ne se retrouvera plus. Ainsi, cette faute grave, cette négligence coupable, ces faits matériels facilement appréciables, que seront-ils, sinon le résultat d'une ignorance crasse, d'une impéritie grossière, d'un oubli déplorable des règles les plus simples ; et quand y aura-t-il ignorance crasse, impéritie grossière, etc. ? Ce sont les faits dont les nuances varient à l'infini, qui détermineront, et les tribunaux, investis sur ce point d'un pouvoir discrétionnaire, en apprécieront la valeur et le caractère. Or, comme il n'y a pas de point d'arrêt, en fait, le champ se trouve largement ouvert à la responsabilité indéfinie, même pour cause d'impéritie. Il y a là, suivant nous, un grand danger, un mal très-grave. Cette possibilité illimitée des investigations dans la conduite du médecin, et surtout les formes ordinaires, peu protectrices dans les circonstances spéciales où il se trouve placé, justifient les appréhensions et les plaintes des hommes qui ont voué leur vie à l'exercice de l'art de guérir.

Toutefois, nous trouvons dans cette distinction les élémens nécessaires pour asseoir sur des bases rationnelles la responsabilité médicale ; nous pensons que toutes les exigences seraient satisfaites, tous les intérêts conciliés par un système de législation qui pourrait, dans ce sens, circonscrire, avec quelque précision, le domaine des recherches juridiques, ou, tout au moins, par un mode de procéder plus spécialement apte à la découverte et à la véritable appréciation des faits, dont l'auteur serait déclaré responsable. Certes, ce n'est pas sur la faveur que mérite le médecin ignorant ou inhabile que s'appuie cette doctrine qui peut bien voiler quelques insaisissables abus. Oui, sans doute, l'impéritie est faute grave chez celui qui, en ayant conscience, ne sait pas s'abstenir, et, de quelque titre qu'elle s'enveloppe, elle ne saurait dans une âme droite trouver de légitime excuse. La conviction où l'on est de son insuffisance impose la loi de recourir à de plus vives lumières ou à des mains plus exercées ; autrement les effets malheureux, qui en sont inséparables, constituent de la part de celui qui en devient l'auteur, le plus grave des attentats envers les victimes d'une présomption coupable. Mais les nécessités sociales les plus élevées défendent d'envisager la question sous le point de vue étroit de quelques cas isolés, perdus dans un abîme de difficultés, où l'on ne peut chercher à descendre sans produire les plus graves perturbations. La responsabilité morale seule concilie l'intérêt social avec l'intérêt individuel ; l'autre, serait le plus souvent sans résultat heureux, et conduirait à la négation de la profession médicale. Répandre, par l'éducation en général, une plus haute mortalité parmi les hommes, leur inspirer de plus en plus le sentiment du devoir, et par l'éducation professionnelle, développer de plus en plus en eux le sentiment de la dignité et de l'importance de leurs fonctions, afin qu'ils comprennent davantage à quelle condition sévère ils en ont été investis et le compte qu'ils doivent à leurs semblables du mandat qu'ils ont reçu ; voilà la source d'une responsabilité protectrice bien plus élevée, et la seule possible dans l'exercice de l'art médical. Peu satisfait de cette réparation tardive qui se réduit à pallier un mal le plus souvent irrépara-

ble, le législateur a exigé des garanties anticipées de capacité, de suffisance; ces garanties occupent ici la place de la responsabilité. En ce sens, bien que ce mot soit à peine prononcé dans la loi du 19 ventose an XI, relative à l'organisation médicale, on peut dire que la seule responsabilité que comporte l'exercice de l'art de guérir l'occupe presque tout entière; elle gît dans les études, dont le législateur a fixé la nature et la durée, dans les exercices qu'il a déterminés, dans les épreuves qu'il impose. Ces diverses garanties sont-elles jugées incomplètes? qu'une loi nouvelle les rende plus nombreuses, plus sévères, mais à celui qui a dignement satisfait à toutes les conditions, à celui dont le travail persévérant a franchi tous les obstacles établis, nul ne peut avoir le droit de demander compte des inspirations qui l'ont guidé, nul ne peut lui imputer les insuccès qui accompagnent si souvent l'application consciencieuse de ses connaissances acquises ou des moyens puisés dans son propre génie : sous ce rapport, la loi du 19 ventose an XI nous paraît devoir être, dans son ensemble, une dérogation irrécusable aux art. 1382, 1383 du Code civil « *In toto jure*, dit la loi romaine, *generi per speciem derogatur, et illud potissimum habetur quod ad speciem directum est.* » Mais cette loi de ventose an XI a-t-elle donc été tout-à-fait oublieuse de la responsabilité? Nullement; elle l'a consacrée, par exemple, pour l'officier de santé, pour la sage-femme qui ont enfreint une prescription écrite. Ainsi, l'art 29 dispose : Ils (les officiers de santé) ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans le cas d'accidens graves arrivés à la suite d'une opération, exécutée hors de la surveillance de l'inspection prescrite ci-dessus, il y aura recours à l'indemnité contre celui qui s'en sera rendu coupable. Voilà bien la responsabilité prévue, mais pour un cas seulement, et nous invoquerons ici la règle *inclusio unius est exclusio alterius.* Cette loi eût-elle ainsi borné sa prévoyance, si dans les autres cas l'officier de santé et, en toute circonstance, le docteur n'étaient pas affranchis? et, d'autre part, s'ils étaient compris d'une manière indéfinie dans les art. 1382, 1383. Où était la nécessité de s'occuper plus particulièrement de l'objet de l'art. 29 précité? N'était-ce pas au moins surabondant? Ne suffisait-il pas d'établir purement et simplement la prohibition, puisque, en vertu du droit commun, on parvenait aux dommages-intérêts?

On répond que, dans l'hypothèse de l'art. 19, ce n'est pas seulement en raison des accidens qu'on soumet l'officier de santé à la réparation civile, mais bien à cause de la désobéissance à la volonté formelle de la loi qui exige qu'il n'opère pas sans l'assistance du docteur. Ici, dit-on, on n'examine même pas si les accidens sont arrivés par sa faute : il suffira qu'il y en ait eu, et qu'il ait entrepris seul l'opération pour être passible des dommages-intérêts, en vertu de l'art. 29 de la loi de ventose an XI. Ce qui ne fait nullement obstacle aux principes généraux du Code civil qui lui sont applicables dans tous les autres cas de sa pratique, ainsi qu'au docteur lui-même; seulement ici, il faudra qu'il y ait eu faute, négligence, imprudence et que cela soit établi; il ne suffira plus qu'il y ait eu des accidens où l'opération ait eu une issue funeste. D'ailleurs, ajoute-t-on encore, cette loi de ventose an XI est une loi purement réglementaire, organisatrice des facultés et des institutions médicales; elle ne saurait déroger au droit commun sans une disposition explicite qu'elle ne contient pas. Ce raisonnement a prévalu : cependant en s'arrêtant à l'art. 29 de cette loi, que de réflexions se présentent pour le combattre! Ainsi, cet article oblige l'officier de santé à une réparation, si dans une opération grave il n'appelle pas un docteur; s'il a appelé un docteur, sa responsabilité n'est plus engagée par l'article précité, mais le serait-elle par les art. 1382, 1383 du Code civil? La négative ne saurait être douteuse, il a rempli fidèlement les obligations que la loi lui impose pour obvier à son insuffisance présumée, on ne saurait exiger davantage, et l'art. 29, dans ce cas, le mettrait à l'abri de toute poursuite. Or, quel est donc l'effet de la présence du docteur? Il vient apporter, par sa surveillance, le complément de capacité et d'habileté qui manque à l'officier de santé, ou au moins que la loi ne lui reconnaît pas, et comme conséquence nécessaire, il le décharge du poids de la responsabilité. Mais comment la présence du docteur a-t-elle ce résultat, si lui-même est responsable? Comment pourrait-il délivrer autrui d'un joug auquel il serait lui-même soumis? serait-ce qu'il a assumé sur sa tête les chances de l'opération accomplie devant lui par l'officier de santé? Cette proposition ne saurait être soutenue, l'opération n'en demeure pas moins le fait de celui-ci, et si dans l'hypothèse donnée il ne peut plus être recherché, *à fortiori* le docteur ne saurait l'être. Quelle est donc la conclusion forcée? C'est que là où il y a capacité légale, la responsabilité cesse. L'officier de santé agit-il seul? il encourt la responsabilité. La loi de ventose an XI ne voyait en lui qu'une capacité imparfaite. Agit-il sous les yeux du docteur? plus de recherche possible, la capacité légale est entière. De là aussi cette conclusion nécessaire que le docteur opérant seul ne saurait être responsable, son inspection fait disparaître cette présomption légale d'insuffisance qui frappait son inférieur dans la hiérarchie médicale; mais la présence ou l'absence de celui-ci ne saurait rendre meilleure ou pire la condition du docteur; avec ou sans l'officier de santé, le docteur ne saurait être ni plus ni moins capable, par conséquent ni plus ni moins responsable, et il n'est l'objet d'aucune suspicion légale. Si quelque responsabilité pouvait atteindre le docteur quand il opère lui-même, il faudrait admettre que la circonstance seule favorable pour y échapper serait celle d'une opération exécutée par un officier de santé sous les yeux du docteur, ce qui reviendrait à dire que la loi trouverait là plus de garantie que si l'opération était faite par le docteur lui-même; et, d'autre part, la loi à laquelle on prête une intention si étendue n'en aurait pas moins ouvert ainsi à l'irresponsabilité une

voie très-large, dans laquelle il serait toujours facile à l'ignorance ou à l'inhabilité de trouver un abri.

Admettons plutôt la seule doctrine avouée par la justice et la raison, et disons, en termes généraux, que le médecin ne saurait être recherché pour impéritie; les mêmes causes qui font apporter des palliatifs si importans, dans les applications des art. 1382, 1383 du Code civil pour le juge, pour l'avocat, pour le notaire, existent pour le médecin et d'autres encore. Un médecin est argué d'impéritie! mais qui s'en fera le juge? Nous voyons bien comment s'acquiert la preuve légale de sa capacité! mais à qui appartiendra-t-il de la détruire? Les jugemens des tribunaux se mettront donc tous les jours en lutte avec les décisions des hommes spéciaux, placés à la tête des facultés, qui ont déclaré avoir trouvé dans le médecin toutes les connaissances requises dans l'exercice d'une profession dont les bases sont des connaissances pour l'appréciation desquelles eux seuls sont compétens! Ainsi on transformera la scène judiciaire en une arène où se débattront les diverses doctrines médicales qui se succèdent dans le monde, qui souvent le partagent au milieu d'une controverse suscitée et soutenue par des prosélytes ardens et de chaleureuses convictions. Quelques hommes tout-à-fait étrangers aux matières qui sont discutées sous leurs yeux, dans un idiome qui ne leur est pas familier, domineront le théâtre du combat, chargés d'attribuer les palmes de la victoire et les honneurs du triomphe. Quel est le médecin, si haut placé qu'il soit, qui veuille comparaître devant un tel aréopage et y exposer le tableau fidèle de la vie médicale, même la plus honorable?

Peut-être les plus élevés compteront-ils, dans leur longue carrière, le plus de mauvais jours; car ils n'ont ainsi grandi qu'en sacrifiant moins à la peur, en fortifiant leurs hésitations par leur grand amour pour le bien public, et de fortes et consciencieuses résolutions dans les cas désespérés. S'ils ont illustré leur nom et enrichi la science de tant d'innovations consacrées par le temps, c'est qu'ils se sont davantage abandonnés à des inspirations dont leurs lumières et leur conscience seule possédaient le secret, c'est qu'ils ont plus osé, et s'ils ont plus osé, plus souvent peut-être de douloureux revers ont détruit toutes les prévisions de la théorie et fait tomber l'enchantement des espérances qui avaient affermi dans leurs mains le scalpel de l'opérateur, ou accrédité dans leur esprit l'efficacité d'un remède non encore éprouvé. Le premier essai courut les chances d'une condamnation et fut plus tard applaudi comme une illumination du génie. Ainsi, on sait que le tartre stibié, pris à des doses suffisantes pour compromettre l'existence d'un homme en santé, produit les plus heureux effets, dans les maladies de poitrine. L'expérience en fut d'abord tentée en Italie; Laënnec, le premier en France, en introduisit l'usage; la première application fut loin d'être heureuse, et aujourd'hui cependant cette médication a pris son rang parmi celles dont l'efficacité est le moins contestée. L'opium, dans certaines maladies nerveuses, le tétanos, par exemple, obtient de très-grands avantages, à des doses qui seraient un poison violent si le désordre de l'organisation qu'il réussit à vaincre n'existait pas; et ainsi d'autres médicamens, de tous ceux dits héroïques, dont, dans des circonstances extrêmes, la médecine sait souvent tirer un si grand parti!

Et, d'autre part, en chirurgie, quelles grandes opérations pourraient être tentées, sans la plus entière irresponsabilité, la liberté la plus illimitée! que d'opérations sont pratiquées avec succès par les chirurgiens de nos jours, qui eussent effrayé leurs devanciers et attiré sur la tête des hardis novateurs les foudres des facultés réunies! et cependant elles sont aujourd'hui les plus glorieux trophées de l'art chirurgical! Quel opérateur si exercé, si affermi dans ses convictions n'aura pas à redouter le sort qui, en médecine, faillit attendre Laënnec? Cet homme célèbre ne dut-il pas craindre un moment de voir planer sur sa tête toutes les vindictes de la responsabilité! quel spectacle pour les amis de l'humanité! et quelle tache n'eût-ce pas été pour une époque essentiellement régénératrice, que ce tableau du génie malheureux aux prises avec l'aveuglement des hommes de son temps, et duquel on eût pu dire aussi : qu'il

> Expia par deux ans de prison
> L'impardonnable tort d'avoir trop tôt raison.

Ces rigueurs de la responsabilité n'iraient à rien moins qu'à épuiser les sources du dévoûement chez le médecin, à éteindre la reconnaissance dans le cœur du malade. Dans ces circonstances graves et solennelles, où la mort est sur le point de descendre sur un lit de souffrance, au milieu des larmes de l'épouse ou de l'époux, de la mère ou des fils, quand le médecin pénètre dans cet asile de la douleur pour y répandre une lueur dernière d'espérance, donner un nouvel aliment à leur courage, placez-le entre cette responsabilité qui punit, et cette responsabilité qui répare; je dis que vous enchaînez sa liberté, vous étouffez ses inspirations, vous comprimez les plus sublimes élans d'une généreuse pensée; je dis de plus que cette faculté d'opposer cette menaçante alternative à l'homme qui consacre à la santé et au soulagement de vos familles, le fruit de longues et pénibles méditations, les ressources d'une ardente sollicitude, a pour déplorable effet de relâcher les liens sacrés de la reconnaissance, d'affaiblir dans les cœurs le sentiment d'un bienfait dont vous faites vous-même une nécessité et qui ne vous trouve justes qu'à la condition du succès. Les rapports du médecin et du malade ne sont pas ceux d'un contrat qui se résout par des dommages-intérêts ou un paiement d'honoraires, c'est un sacerdoce sacré qui ne peut être utile qu'autant qu'il est respecté. L'aspect de tant d'imminentes profanations paralyse ses efforts et l'anéantit. Certes, il faut une grande puissance d'abnégation pour jouer tous les précédens acquis d'une vie honorée ou toutes les espérances de l'avenir, dans une tentative d'une nécessité urgente, mais soumise à tous les hasards humains et qu'une éventualité malheureuse fera regarder

comme une audacieuse témérité. Nous voulons admettre que le médecin ne sera pas arrêté, nous croyons les hommes susceptibles de tous les mouvemens généreux; mais nous disons que, dans ce cas même, il est imprudent et souverainement injuste de lui imposer les actes de son ministère avec toutes les conséquences des plus rigoureux sacrifices.

Sans doute, le médecin ou le chirurgien que ses talens et l'opinion ont placé à la tête de la science, entouré de tout le cortège éclatant de ses antécédens, peut marcher avec assez de liberté : une trop haute présomption le protège ; cette présomption le défendra contre les agressions de l'ingratitude, ou si elles étaient formées devant les tribunaux, elles échoueraient impuissantes ; mais le grand nombre des praticiens qui, sans s'être fait une auréole de gloire, ou une couronne d'immortalité, répandent, avec un éclat plus modeste, les bienfaits des plus précieuses connaissances dans nos cités, dans les bourgs et hameaux des provinces les plus reculées, avec quel effroi n'envisageraient-ils pas une législation qui les envelopperait sous une si grande responsabilité! Eux seuls connaissent les difficultés qu'ils ont à vaincre, les luttes qu'ils ont à soutenir contre les préjugés de l'ignorance ou de la superstition, les indocilités, les insoumissions du malade! Eux seuls savent combien leur responsabilité peut se trouver engagée au milieu de toutes les difficultés qui traversent leur pratique médicale! Et cependant quelle est la compensation? La satisfaction de soi-même, les souvenirs d'une carrière dignement remplie, sont certainement la plus douce et la plus noble récompense de l'homme de bien ; mais encore de quels avantages sociaux sont entourés d'aussi généreux dévoûmens? Un seul procès malheureux peut les perdre sans retour, une longue vie de travaux utiles ne prépare pas toujours le repos de leur vieillesse.

Résumons-nous : en général, suivant nous, le médecin ne saurait être responsable des événemens de sa pratique médicale; telles sont, les exigences des intérêts sociaux; mais est-ce à dire que nous déclinions complètement les art. 1382, 1383 du Code civil? Non, sans doute, toutes les erreurs matérielles, grossières, du genre de celles signalées par M. Trébuchet, pourront donner ouverture à cette responsabilité civile. Ainsi, pour reproduire des exemples si souvent cités, une déplorable erreur prescrit un poison pour un remède ; un chirurgien, en état d'ivresse, blesse un malade confié à ses soins : nul ne doute que l'auteur de ces accidens ne soit soumis à la responsabilité ; ainsi de tous les cas analogues, mais nous voulons que ces erreurs soient telles qu'elles appartiennent encore plus à l'homme qu'au médecin, car nous renfermerons même notre pensée à ce sujet dans ces termes : l'homme seul est responsable, le médecin ne l'est pas.

Mais suffira-t-il d'avoir resserré le domaine de la responsabilité dans un cercle qu'elle ne devra jamais dépasser? Si un système de législation, commandé par la nature même des faits à juger, ne leur oppose une barrière, on peut être sûr que les usurpations, sans cesse envahissantes des procès, mettant le fait à la place du droit, franchiront souvent les limites assignées ; au moins on peut le craindre, et les craintes à cet égard ne seraient pas sans justification. Un régime spécial dans l'instruction et le jugement de ces questions peut seul enlever tous les doutes aplanir tous les obstacles.

On voit que nous voulons parler de l'institution d'un jury médical, et à ce mot bien des voix se récrient, bien des protestations s'élèvent. Quelle est, dit-on, cette prétention qui ferait de la médecine une profession à part; qui lui donnerait des juges spéciaux, la soustrairait aux règles communes ; pourquoi toutes les autres professions ne réclameraient-elles pas aussi les mêmes avantages, n'auraient-elles pas droit aux mêmes privilèges? Il y aura donc autant de jurys spéciaux que d'arts distincts ou d'industries? Mais surtout, l'esprit de corps dont on s'exagère l'influence, intimide les esprits prévenus.

D'abord, nous ne voulons point discuter ici l'opportunité d'étendre l'application du jury à toutes les questions qui la réclament. Ce n'est pas le lieu d'examiner les heureux effets que nous devons encore attendre d'une institution qui tend incessamment à s'agrandir, et qui deviendra, sans doute, plus générale; nous disons seulement que c'est le seul moyen rationnel de procéder à la recherche des causes qui doivent donner la vie à cette responsabilité exceptionnelle que nous avons admise. En dehors de cette voie, on ne saurait marcher que d'un pas mal assuré et au-devant d'une erreur d'autant plus difficile à éviter, qu'on s'engage dans les routes qui y conduisent. Ainsi donc, sans regarder au-delà, nous reconnaissons que dans la question de responsabilité médicale qui nous occupe, un jury d'hommes spéciaux est une nécessité impérieuse qu'on ne saurait trop proclamer. Quant à l'esprit de corps, nous avouons que nous ne sommes point intimidés d'un épouvantail qui ne nous offre que de chimériques appréhensions, des dangers imaginaires. Voit-on que l'administration de la justice ait souffert de l'établissement des tribunaux consulaires? D'un autre côté, si un juge, dans l'exercice de ses fonctions, s'est placé dans un cas qui le soumette à la responsabilité, trouve-t-il un brevet d'impunité dans son caractère? Et les magistrats devant lesquels il vient rendre compte de sa conduite ont ils, par esprit de corps, des grâces pour le réfractaire? A qui appartient-il de supposer que des médecins, des chirurgiens qu'on choisirait parmi les plus éminens en science et en talens, parmi ceux que distingue une haute réputation d'honneur et de motalité, mus par un sentiment d'intérêt aussi aveugle, feraient taire le cri de leur conscience, et fouleraient aux pieds le plus saint des devoirs? Une pareille supposition est à-la-fois gratuite et injurieuse. Et de plus, quel bien en rejaillirait sur la corporation médicale? N'est-elle pas intéressée elle-même à ne pas souffrir que le ministère du médecin soit indignement profané par un de ses membres? En ce point comme en tout autre, son intérêt se confond avec les intérêts

sociaux, et nous ne concevons pas qu'on puisse les envisager séparément. Le jury médical atteindrait le médecin sans partialité, sans faiblesse; le soin même de la conservation de l'honneur et de la dignité du corps, lui en ferait une loi; mais alors même qu'il y aurait quelque danger, sous ce rapport, dans une pareille institution, il ne saurait avoir un bien grand poids dans la question. Le seul but véritablement important à obtenir, consiste dans cette obligation imposée à tout médecin, de venir rendre compte de sa conduite devant ses pairs, dans les cas déterminés. Cette publicité donnée à ses actes, la certitude où il serait de ne pouvoir pas ensevelir dans le silence et l'oubli une erreur grossière qui le rendrait responsable, la discussion qu'il serait obligé de soutenir, la justification qu'il devrait présenter, rempliraient complètement l'objet de la responsabilité. Le médecin serait averti, il saurait qu'il ne peut pas être impunément inattentif, imprudent, mais il serait sûr d'être compris, et la société, d'autre part, aurait aussi sa garantie. Dans ce système, nous découvrons à peine des inconvéniens, la législation actuelle couvre de graves dangers. On ferait de gros volumes des erreurs populaires relatives à la médecine, de celles mêmes qui sont quelquefois accréditées parmi les classes plus élevées. Un médecin peut-il, sans anxiété, s'arrêter à cette pensée, que sa fortune, sa réputation, son honneur, sont exposés, dans des questions médicales, à recevoir les coups les plus funestes que les formes présentes peuvent rendre très-fréquens? On dit partout que la médecine est une science conjecturale, soit : nous n'avons point à la relever ici de cet anathème universel, mais qu'est-ce à dire? D'abord, la médecine étant une science conjecturale, on doit être infiniment réservé dans l'application de la responsabilité et les recherches qu'elle peut permettre, autrement ce serait imputer à l'homme l'insuffisance de la science; mais surtout, comment, si même dans la personne des médecins, la médecine n'a d'autre valeur que celle de connaissance conjecturales; si les hommes qui ont approfondi tous les mystères de la science, qui ont blanchi dans un long exercice auprès du lit des malades, qui sont riches de faits, d'observations cliniques; si ces hommes, disons-nous, ne peuvent parvenir à la vérité que par de ténébreuses routes, semées d'hypothèses, de spécieuses erreurs, de trompeuses conjectures, que sera-ce des hommes qui sont, pour la plupart, entendus dans les enquêtes ordinaires, étrangers par les occupations de toute leur vie aux études médicales, et qui quelquefois, par leur position sociale, leur éducation, n'ont pas l'intelligence et le discernement requis pour l'observation de faits médicaux qui demandent tout cela, et de plus, quel jugement porter sur des faits présentés ainsi? Les observations cliniques sont peut-être une des parties les plus délicates de l'art de guérir, le diagnostic des maladies est souvent incertain, obscur, sera-t-il moins sujet à erreur, lorsqu'il sera porté par des juges aussi étrangers à la science, et sur des documens mal recueillis, mal dirigés? c'est cependant de ces faits, du diagnostic qu'on en devra tirer, de l'appréciation de leur moralité, que dépendra la décision à intervenir. Or, en pareil cas, le jugement, au moins sous cette face, ne saurait appartenir qu'à des médecins organisés, réunis en jury, en comité médical.

AFFAIRE DU DOCTEUR T.-N.

Voici les faits qui ont donné lieu au procès qui s'est terminé dernièrement par un arrêt de la Cour royale de Rouen.

En octobre 1835, le docteur T.-N. fut appelé auprès d'un malade auquel il crut devoir faire une saignée; quelque temps après une tumeur se forma au pli du bras qui avait été saigné; un officier de santé y reconnut, d'après ses propres lumières, un anévrysme et il entreprit seul l'opération; cette opération n'a pas réussi : la gangrène s'est déclarée et il a fallu couper le bras. De là plainte en dommages-intérêts dirigée non pas contre l'officier de santé dont l'opération n'avait pas réussi et qui avait fait l'amputation du bras, mais contre le médecin qui long-temps auparavant avait fait la saignée. Sur cette plainte furent rendus les jugemens et arrêt qu'on va lire. Nous avons puisé ces faits dans un des mémoires publiés par le docteur T.-N. Comme nous n'envisageons la question que sous le point de vue médical, nous recueillons seulement et d'une manière sommaire les faits spéciaux qui s'y rapportent : on trouvera, avec plus de détail, dans les textes qui suivent, les faits accessoires qui ont contribué à établir la conviction des magistrats, d'après l'appréciation qu'ils en ont faite.

Jugement du tribunal d'Evreux qui ordonne la preuve des faits articulés contre le docteur T.-N.

« Attendu que si la justice doit protéger l'exercice des professions libérales contre le caprice et la mauvaise humeur ou même contre les plaintes légitimes, mais légères, cette protection toutefois ne peut s'étendre aux abus graves, aux fautes dans lesquelles il n'est permis à personne de tomber;

« Qu'en effet, si on peut trouver dans les garanties de capacité fournies par ceux qui ont embrassé ces professions, dans la difficulté d'appréciation des faits, une espèce de présomption ou de fin de non-recevoir, suffisante pour repousser ou détruire la preuve de reproches peu importans;

« Si, d'une autre part, et dans ce cas les cliens peuvent jusqu'à un certain point s'imputer de s'être adressés à un conseil ignorant ou incapable, lorsque leur choix n'était pas limité ni forcé, il faut reconnaître cependant que les articles 1382 et 1383 du Code civil reprennent toute leur force lorsqu'il y a eu maladresse, imprudence, inattention, inobservation des règles les plus simples et les plus usuelles, et surtout lorsque, pour dissimuler ou réparer les suites de ces fautes, il a été employé des moyens perfides, dangereux ou même inefficaces; au lieu de provoquer des avis plus sages, ou d'y recourir soi-même;

« Qu'il résulte, des faits articulés par G*** que le médecin T., en opérant une saignée sur le bras de G***, lui aurait ouvert une artère;

« Qu'il aurait cherché à dissimuler ou réparer cette

première faute par l'emploi des moyens que devait lui interdire la pratique la moins exercée ;

« Qu'enfin l'amputation du bras de G*** aurait été la suite immédiate et nécessaire de ces faits, soit isolés, soit réunis ;

« Qu'il est incontestable que la preuve qui pourrait en être faite devrait obliger T., à reparer autant que possible le dommage qu'il aurait causé, sauf à lui, dans le cas contraire, à reclamer toute la sévérité de la justice contre G***, pour le préjudice porté à sa réputation ;

« Par ces motifs, le tribunal appointe G*** à la preuve des faits par lui articulés. »

En exécution de ce jugement il fut procédé aux enquête et contre-enquête, et le 17 décembre 1833 le tribunal rendit le jugement dont la teneur suit :

« Vu le jugement d'appointement à preuves daté du 7 août dernier, les principes qu'il consacre et les résolutions qu'il contient;

« Attendu que la question se réduit maintenant à savoir si la preuve entreprise par G*** est faite, ou au moins s'il résulte de son enquête que le dommage qu'il éprouve par la privation du bras droit, doit nécessairement être imputé à la maladresse et l'oubli des règles de son art, à la négligence ou à l'indifférence coupable de T. ;

« Or, attendu qu'il résulte de l'enquête directe :

« 1° Qu'en saignant au bras droit G. le sieur T. lui a ouvert l'artère brachiale ;

« 2° Que T. a dû reconnaître sur-le-champ cet accident grave ;

« 3° Que cependant il a négligé, à dessein de le dissimuler, de pratiquer immédiatement le seul moyen indiqué par la médecine, la compression par application d'un corps dur, se contentant d'un simple bandage ;

« 4° Qu'en cet état G. a été abandonné plusieurs jours par son médecin ;

« 5° Que l'anévrysme, conséquence nécessaire de l'ouverture de l'artère, s'étant manifesté, T., en ayant été informé, au lieu de suivre encore les inspirations ou les prescriptions de son art, c'est-à-dire de tenter l'opération consistant dans la ligature, avait employé, au moins, les résolutifs, procédé qui ne pouvait amener aucun résultat utile ;

« 6° Que c'est ainsi que G., dont la position s'aggravait chaque jour, a été conduit à réclamer le secours d'un autre médecin, qu'il a souffert, mais trop tard, l'opération de l'anévrysme, puis enfin l'amputation ;

« Attendu qu'il résulte de chacun, comme de l'ensemble de ces faits, qu'il y a eu de la part du sieur T. maladresse, oubli des règles, négligence grave, conséquemment faute grossière, dans la saignée et dans le traitement ultérieur.

« Vu les art. 1382, 1383 du Code civil, et attendu qu'il est dû au sieur G. une réparation en rapport au préjudice qu'il éprouve, à sa position sociale et aux dépenses qu'il a été forcé de faire ;

« Ouï M. Cocaigne, juge suppléant, faisant les fonctions de procureur du roi, le tribunal déclare l'enquête de G. concluante et prévalante ; en conséquence, admet sa demande, condamne le sieur T., à titre d'indemnité du tort qu'il lui a causé, à payer audit sieur G., dans le délai de huit jours, la somme de 600 francs, et lui servir annuellement à compter de l'introduction du procès, à titre viager et jusqu'à son décès, une somme de 150 francs payable de 6 mois en 6 mois. »

Le docteur T. interjeta appel de ce jugement et la cour royale de Rouen a rendu l'arrêt suivant ;

« Attendu qu'il résulte de l'ensemble des dépositions des témoins de l'enquête directe :

« 1° Que les *personnes présentes* lors de la saignée faite par T. au bras de G., furent *étonnées* de l'effet immédiat de cette saignée, de la manière dont le sang *jaillissait et brouait ou brouissait;* de la *couleur du sang;* de l'insistance que T., malgré les observations qui lui furent faites, mit à ce que le sang fût jeté, ce qu'il exécuta lui-même et presque immédiatement ; des symptômes alarmans qui suivirent cette saignée ;

« 2° Que pendant dix-huit jours G. se plaignit continuellement de la douleur qu'il éprouvait au bras ; qu'une tumeur se manifesta bientôt au siège de la saignée, et augmenta chaque jour ; que pendant ce temps G. a été obligé de garder le lit, et qu'on avait beaucoup de mal à lui passer ses vêtemens lorsqu'il se levait ;

« 3° Que, dans cet intervalle, G. ne s'est livré et ne pouvait se livrer à aucune espèce de travail ; qu'après ces dix-huit jours la tumeur présentait la grosseur et le volume d'un œuf ; que cependant T. disait que ce n'était rien, et qu'il donnerait de quoi faire passer cette tumeur ;

« Attendu qu'il est inutile de s'attacher aux petites fioles fournies au malade par T., des substances qu'elles contenaient, de la couleur qu'elles offraient à l'œil, et de la douleur qu'elles ont produite au bras de G. ;

« Qu'il suffit qu'il soit prouvé et même reconnu par T. qu'il a fourni ces fioles et la liqueur qu'elles contenaient, pour qu'il demeure constant que long-temps après la saignée, le malade souffrait beaucoup, et que le siège du mal était à l'endroit de cette saignée, où l'on remarquait cette forte tumeur, attestée par un grand nombre de témoins, et dont T. n'a pu diminuer le volume, nonobstant ses diverses applications ou compressions ;

« Attendu que c'est après diverses tentatives sans succès, et dans un moment où G. avait le plus grand besoin de l'assistance et des services de son médecin, que celui-ci, désespérant sans doute de pouvoir guérir ou au moins soulager son malade, l'*abandonna* à ses souffrances ;

« Attendu qu'aux symptômes qui ont accompagné la saignée, aux événemens qui sont survenus postérieurement, à la tumeur qui s'est formée et a progressivement augmenté, aux douleurs continuelles du malade, à l'impossibilité où il était de se livrer à aucun travail, à *l'inefficacité des remèdes de T.* et à l'*abandon* du malheureux G., il faut réunir ce qui s'est passé ultérieure-

ment et les autres circonstances que révèle également l'enquête;

« Qu'il résulte *des dépositions de quatre témoins*, au moins des *trois témoins qui ont été présens aux opérations antérieures à l'amputation, que l'officier de santé leur fit palper et reconnaître les battemens qui existaient à la tumeur;* que lorsqu'elle fut ouverte il en sortit du *sang caillé et du sang liquide couleur rouge;* qu'ils RECONNURENT QUE LA PIQURE EXISTAIT A L'ARTÈRE; qu'ils jugèrent A L'ODEUR et à LA COULEUR du sang que C'ÉTAIT DU SANG ARTÉRIEL, et qu'ils ont vu *le sang jaillir de l'artère* avant l'introduction de la sonde; qu'enfin la gangrène survenue a nécessité l'amputation;

« Que T., présent à l'enquête, n'a fait aucune observation, aucune interprétation lors de la déposition de C. (c'est l'officier de santé), quand il avait tant d'intérêt à contredire les déclarations et les symptômes dont l'officier de santé rendait compte;

« Attendu qu'il est également établi par tous les documens du procès, que c'est par le fait de T., par le résultat de la saignée qu'il a pratiquée, par la *lésion de l'artère brachiale*, par l'inefficacité de ses remèdes, par sa négligence grave, *par une faute grossière*, notamment par l'*abandon du malade* dont il a refusé de visiter le bras, lors même qu'il en était par lui requis, que l'amputation du bras de l'infortuné G., après les opérations réitérées et douloureuses qu'il avait subies, est devenue indispensable..... »

La cour, par ces motifs, confirme le jugement de première instance, et de plus condamne T.-N. et par corps à 400 fr. à titre de supplément de dommages-intérêts.

OBSERVATIONS.

Ces jugemens du tribunal d'Evreux et l'arrêté de la Cour royale de Rouen, les plus remarquables peut-être qui aient été rendus en matière de responsabilité, ont imprimé dans le monde médical une nouvelle intensité aux reproches adressés jusqu'à ce jour à la législation qui le régit. Habitué que nous sommes à chercher dans les arrêts des Cours des enseignemens et des lumières, nous respectons ces décisions; mais quand tous les hommes voués par goût ou par état à l'étude ou à l'exercice de l'art, accusent d'une voix unanime une imperfection ou une lacune de la loi, attribuer à l'effervescence de l'esprit de corps toutes les réclamations, ne saurait être une réponse définitive. Il y a sous toutes ces réclamations un principe de haute justice qui veut être satisfait et peut-être l'esprit de corps ne se montre-t-il si puissant que parce que les intérêts de la science et de l'humanité sont plus compromis, plus froissés et que des connaissances spéciales, rendent chez le médecin cette conviction plus raisonnée, plus intime, plus profonde. Déjà, on a vu le tribunal de Domfront en lutte avec le premier corps médical du royaume, l'Académie royale de médecine. Aujourd'hui des médecins de tous les points de la France, les feuilles médicales, le comité d'association, presque tous les médecins ou chirurgiens de la capitale témoignent que devant les juges et arbitres de l'art et de la science le docteur T.-N. n'eût peut-être pas succombé sous le poids d'une condamnation, et proclament l'urgence d'un jury qui aurait prononcé sur des faits médicaux tels que ceux-ci.

1° Le docteur T.-N., en saignant au bras le sieur G., a-t-il piqué l'artère brachiale? y a-t-il eu anévrysme? ou mieux est-il prouvé qu'il ait piqué l'artère, qu'il y ait eu anévrysme?

2° Étant établi que ces accidens ont eu lieu, le docteur T.-N. doit-il en être déclaré responsable, ces accidens peuvent-ils toujours être évités?

3° Peuvent-ils toujours être reconnus, et dans ce cas, quelle doit être nécessairement la conduite du docteur? Celle qu'a tenue M. T. est-elle contraire aux premières indications de l'art?

1° Des hommes tout-à-fait étrangers aux sciences médicales ont-ils pu présenter aux tribunaux des observations assez sûrement établies pour servir de base à une décision solide? Un anévrysme est une des maladies chirurgicales dont le diagnostic est le plus difficile, les plus grands chirurgiens s'y sont trompés, et ont ouvert des tumeurs qui en avaient tous les signes extérieurs et qui cependant n'étaient pas des anévrysmes. L'officier de santé qui a procédé à l'opération a-t-il pu fournir des renseignemens meilleurs. L'anévrysme n'est-il pas une affection hors de son domaine, en raison de la prohibition de la loi de ventose an XI, et si la loi ne reconnaît pas à l'officier de santé les connaissances ou la capacité nécessaires pour le traiter, quelle valeur peuvent avoir, devant les tribunaux, les documens qu'il a pu donner dans une cause où il était d'ailleurs intéressé? La réflexion fait surgir une foule d'autres questions dont la solution ne peut appartenir qu'à des médecins, au moins comme questions de faits. Toutes ces dépositions des témoins, relatives à certaines circonstances de la saignée, l'odeur, la couleur, l'issue du sang et toutes celles de ce genre, quelle importance peuvent-elles avoir et quelle appréciation peut-on en faire? voilà ce qu'il appartient seulement à des médecins de déclarer. Toutes les circonstances relatives à la tumeur anévrysmale, son volume, sa forme, ses caractères extérieurs, ses pulsations, etc., etc., tombent toutes encore dans le ressort exclusif du chirurgien et du médecin, ainsi que toutes celles de cette nature recueillies lors de l'opération malheureuse qui rendit nécessaire l'amputation du bras.

2° La preuve de la piqûre de l'artère et de l'anévrysme étant faite, y a-t-il lieu à responsabilité? autrement y a-t-il faute grave? qui pourra le dire autres que des médecins? Eux seuls connaissent les difficultés et les dangers qui accompagnent cette opération, en apparence si simple. L'indocilité du malade, un léger mouvement du bras, la juxta-position, l'adhérence intime de la veine à l'artère ne sont-elles pas souvent les seules causes d'un accident qu'on attribue à l'imprudence et à l'inattention? On lit au mot *Phlébotomie*,

par Montfalcon, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales :*

« Telle est quelquefois l'intimité du contact de l'artère brachiale avec l'une des veines du pli du bras, que le plus habile phlébotomiste ne peut toujours se promettre de ne pas ouvrir ces deux vaisseaux en même temps.

« Un mouvement inconsidéré du malade, ajoute plus loin le même auteur, suffit, pour faire ouvrir du même coup l'artère et la veine. »

Les traités de chirurgie en parlent également en ce sens, ce malheur n'est pas nécessairement une imprudence. Il ne nous appartient pas de discuter pareille question : à ceux seulement qui connaissent et pratiquent la médecine, il appartient de dire si cet accident peut toujours être évité, s'il constitue une faute grave.

Les mêmes réflexions s'offrent à l'esprit relativement à la conduite médicale du docteur T.-N. si gravement incriminée. Nous ne voulons entrer dans aucun examen sur les usurpations, hors des limites qui lui sont assignées, que peut avoir commises l'officier de santé. Nous avons seulement voulu signaler quelques-uns des faits personnels à M.-T., qui ont motivé sa condamnation, et que la corporation médicale réclame comme de sa compétence exclusive. Sans doute, la conviction se fonde et sur les faits médicaux, et sur toutes les circonstances accessoires qui les corroborent; mais toutes ces circonstances sont subordonnées à ces faits, elles n'ont de valeur, elles n'ont d'existence que par eux. Ces faits établis, elles peuvent bien leur donner plus de force; mais ces mêmes faits enlevés, elles n'ont plus d'appui. La preuve médicale a donc seule une valeur réelle, et par conséquent un jury, un conseil d'hommes spéciaux ou une forme de législation, dans laquelle ils seront nécessairement appelés, est une mesure qui, seule, peut raffermir la confiance ébranlée du médecin sans offenser la société, et rétablir l'harmonie entre des intérêts qui ne peuvent lutter sans se nuire.

POMME DE TERRE CONTRE LE SCORBUT.

Dans un des précédens numéros des *Annales d'Hygiène*, nous avons donné un mémoire de M. le docteur Rousselle de Vauxemes, sur l'emploi de la pomme-de-terre, comme moyen préservateur du scorbut qui attaque les équipages employés à la pêche de la baleine; ce même médecin nous communique la note suivante à l'appui de ce que contient son mémoire. « M. Pichon, chirurgien de Bourbon, capitaine Thayer, embarqué le 4 juillet 1833, m'a raconté ce qui suit, le 1er août 1834 :

« Deux mois après le départ, plus de pommes-de-terre; du 29 décembre au 7 avril le scorbut ne cesse de sévir avec plus ou moins d'intensité, 22 hommes malades à-la-fois sur le lieu de pêche, entre Gouhs et Iristan.

« Au retour, recrudescence vers les approches du capricorne, à cause de la chaleur jointe à de fréquens orages et aux gros temps. On aborde à l'Ascension pour se procurer des végétaux, 100 livres de patates (swit patatoes), des poireaux et 6 moutons. La guérison ne fait aucun progrès. Sous la ligne, rencontre d'un navire anglais allant de Liverpool à Calcutta, 200 livres de pommes-de-terre fraîches. Tous les malades étaient guéris en arrivant au tropique. Le chirurgien a remarqué que les patates avaient produit peu d'effet. L'action des pommes-de-terre a été miraculeuse. Serait-ce une propriété spécifique ? Des malades affectés d'ulcères scorbutiques très-graves aux extrémités inférieures ont été promptement guéris par des cataplasmes de pommes-de-terre en pulpe appliqués localement. »

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

DÉCEMBRE 1834.

N° DU 15.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE TUBERCULEUSE.

Nous avons déjà traité des principales indications relatives aux prédispositions de la phthisie. Il nous reste à aborder des questions plus importantes peut-être, qui se rapportent au second et troisième degré de la maladie ; et d'abord celle-ci : *Comment arrêter le progrès de la phthisie pulmonaire chez un sujet qu'on en soupçonne atteint?*

Ce degré de la phthisie serait certainement encore très-compatible avec la vie et même en quelque sorte avec la santé, s'il ne menaçait pas sans cesse d'accidens plus graves et incessamment mortels. A ce degré, le mal est presque toujours assez caractérisé pour qu'on ne le méconnaisse pas. On n'est pas sûr de son existence, mais on le soupçonne avec un très-grand nombre de probabilités, quand le sujet perd ses forces, qu'il a des hémorrhagies pulmonaires plus ou moins fréquentes, une petite toux, de la matité au sommet des poumons, que la respiration s'y entend mal, ou ne s'y entend que dans les grosses bronches. Alors appelé, le médecin se trouve presque toujours placé entre deux écueils : il sait, par les antécédens du malade, quel vice existait primitivement dans sa constitution, il voit chaque jour les forces diminuer ; et cependant il observe de fréquentes apparitions d'un état véritablement phlegmasique des organes pulmonaires. Comment satisfaire à la fois à ces deux indications, manifestement opposées, de refaire la constitution, de réparer les forces, et de combattre la phlegmasie ? Ses perplexités sont d'autant plus grandes au commencement de cet état, qu'alors surtout il n'est pas véritablement sûr qu'il y ait des tubercules ; et il court risque, s'il en existe véritablement, de faire perdre, en combattant avec trop d'énergie les accidens inflammatoires, des forces d'autant plus précieuses que le sujet ne les répare plus ; ou si les tubercules ne sont pas encore formés, d'augmenter la débilité qui est incontestablement une des conditions les plus favorables à la production de ces corps étrangers. D'autre part, on sait que les tubercules sont, pour ainsi dire, innocens jusqu'au moment où la masse pulmonaire, qu'ils étouffent, cherche à les éliminer, et que, par conséquent, les accidens les plus graves qu'ils produisent, sont dus à l'inflammation qu'ils excitent dans les parties environnantes des poumons. De là, pour le médecin, nécessité de réprimer cette phlegmasie sans user trop les forces ; nécessité d'autant plus nettement exprimée, qu'ordinairement elle est accompagnée de tous les signes et de toutes les conséquences d'une grande excitation générale et locale.

Dans ce cas, indépendamment de mille ressources accessoires pour diminuer l'excitation pulmonaire : air choisi, régime doux, modéré et rafraîchissant, boissons émollientes, calmantes ; repos bien ordonné. On invoque des moyens plus sûrement dirigés, soit contre la maladie profonde, soit contre les accidens qui en dépendent. Tantôt c'est une congestion pulmonaire forte et bien caractérisée, que soulagent une saignée très-modérée, répétée au besoin, ou des évacuations par le bas bien indiquées ; d'autres fois, il y a plus que congestion : le tissu pulmonaire devient la proie d'une véritable phlegmasie ou le siége d'une hémorrhagie, et la saignée se trouve plus rigoureusement indiquée : mais, même alors, locale ou générale, suivant que les accidens locaux sont plus ou moins prononcés, il faut qu'elle soit faite encore avec une grande réserve : mieux vaut y revenir que d'outre-passer d'un coup le but qu'on voulait atteindre. J'ai vu une saignée même locale de dix sangsues, abattre complétement un sujet débile, et un autre sujet, non moins faible, se relever au contraire après beaucoup d'évacuations sanguines de deux, trois et quatre onces. D'autres fois, les accidens locaux sont encore phlegmasiques, mais avec un caractère particulier. Chez l'un, il y a peu d'inflammation, mais des étouffemens très-prononcés, une petite toux sèche et fréquente l'agite à la moindre tentative d'exercice : ce sont les accidens nerveux qui dominent. Alors les narcotiques sous toutes les formes conviennent à merveille. Telles sont : des pastilles faites avec les saccharures de belladone et de jusquiame, des potions dans lesquelles on fait entrer l'opium sous toutes les formes, et quelques gros d'eau distillée de laurier-cerise, ou une infiniment petite quantité d'acide prussique médicinal, si l'on a le courage de s'en servir. Chez l'autre, au con-

traire, la respiration est interceptée par l'abondant mucus qui obstrue le larynx et les bronches. C'est alors qu'on voit réussir quelques excitans spéciaux, comme l'ipécacuanha à petites doses, la teinture de scille et de colchique, le kermès, quelques baumes. Si l'affection est jeune, on voit bientôt l'expectoration, auparavant muqueuse, tenace et filante, sortir avec plus d'abondance et de facilité; si l'affection est ancienne, d'opaques blancs, ou gris, épais et grumelés qu'ils étaient, les crachats prennent une nature meilleure, suivie d'un soulagement presque immédiat. D'autre fois enfin ce sont des accidens sympathiques ou généraux qui l'emportent; tels sont: la fièvre, la perte des forces ou l'amaigrissement. Chacun d'eux trouve son remède dans les moyens correspondans de la matière médicale. Ainsi, on emploie avec succès le quinquina pour diminuer ou arrêter la fièvre, soit sous forme de décoction aqueuse de quelques gros d'écorce, soit sous forme de pilules, où domine le sulfate de quinine; contre la perte des forces et l'amaigrissement, soit des analeptiques en même temps émolliens, comme les fécules aromatisées, soit enfin des moyens toniques sans être irritans, comme les boissons aromatiques un peu astringentes, quelques amers, et particulièrement le lichen d'Islande. Mais ce sont des indications tellement simples, une fois qu'elles sont isolées, que nous n'y insisterons pas davantage.

Maintenant quel est le traitement qui convient *à la phthisie pulmonaire parvenue au troisième degré, ou confirmée?*

Arrivée à ce point, la phthisie ne peut plus dans l'état de la science demeurer douteuse; malheureusement aussi, presque toujours elle est mortelle. Je ne prétends pas entrer ici dans l'examen des méthodes diverses qui ont été proposées, soit en France, soit à l'étranger, pour guérir un mal si grave; encore moins rechercher ce qui réussissait aux anciens, dont toutes les observations à cet égard sont frappées de nullité à cause de l'imperfection de leur méthode de diagnostic; je me borne à dire ce que la science moderne a appris sur ce sujet tout moderne.

Il y a, dans l'état d'un phthisique au troisième degré, plusieurs choses à considérer: la première, et la plus importante de toutes, c'est la fonte des tubercules dans les poumons, fonte qui ne se fait pas sans que tout le poumon ambiant ne soit induré, enflammé, suppurant. Or, quand le médecin n'a pu empêcher la fonte purulente des tubercules et l'inflammation pulmonaire chronique qui l'accompagne, tout ce qu'il peut désirer alors, c'est que cette fonte se fasse avec le moins de dommage possible pour le sujet, ou qu'elle s'arrête le plus tôt possible. On a essayé, dans cette intention, des moyens de traitement nombreux. Ainsi, pendant quelque temps, des émissions sanguines locales ont été dirigées contre les accidens inflammatoires chroniques; les malades à mon sens ont perdu plus qu'ils n'ont gagné à ces tentatives. On les a remplacées par des révulsions fortes et actives sur les parois thoraciques, par de grands vésicatoires, ou par des cautères ou larges ou multipliés, ou enfin par des onctions avec des pommades stibiées plus ou moins actives, mais toujours fort douloureuses; on a ainsi ajouté à la fièvre du mal, la fièvre du remède; à la suppuration des poumons la suppuration de la peau, à la résorption purulente qui existait déjà, une résorption purulente nouvelle. Les malades ont plus souffert, et certainement sont morts plus tôt. Enfin on a voulu limiter les ravages de cette suppuration au point où elle était par des préparations de chaux et d'aconit que j'ai vu échouer, et en faisant inspirer aux malades des vapeurs de diverses sortes: tantôt des vapeurs émollientes ou légèrement narcotiques, tantôt des vapeurs ou des gaz qu'on a supposé propres à décomposer les matières purulentes ou à agir sur l'organe malade à la façon des résolutifs. Ces essais ont été faits en plongeant les malades dans une atmosphère artificielle, ou bien en leur faisant respirer une vapeur ou un gaz au moyen d'un appareil qui permet d'introduire à volonté dans les poumons de l'air devenu médicamenteux par des gaz, du chlore, des vapeurs diverses, dans des proportions toujours déterminées.

Tous ces moyens ont eu dans leur temps quelque vogue. On a cité quelques guérisons, et on conçoit très-bien que, dans certains cas, ces guérisons aient eu lieu; si les tubercules étaient bien rassemblés, peu nombreux, qu'ils fondissent tous ensemble, que le sujet ne fût point trop affaibli, *qu'une nouvelle production de tubercules n'eût pas lieu*, on a pu compter sur quelques succès, d'autant plus que, comme le dit Laënnec, le plus commun n'est pas que les sujets succombent à une première éruption de tubercules, mais au contraire qu'ils lui survivent pour en avoir une ou plusieurs successivement, jusqu'à ce qu'ils meurent définitivement. Au total, on ne peut pas nier que l'emploi de ces moyens dans une juste mesure ne puisse devenir utile. Ainsi les vapeurs chlorées donnent une meilleure suppuration quand elles n'attaquent pas les poumons eux-mêmes; ainsi les vapeurs émollientes calment toute irritation pulmonaire, comme les émolliens externes peuvent calmer les irritations superficielles. Mais on aurait tort d'attendre davantage des unes et des autres; et en général, les faits démentiraient cruellement celui qui oserait soutenir qu'ils guérissent la phthisie.

La résorption purulente qui se fait incessamment à la surface ou des excavations ou des bronches est encore un des graves accidens de ce degré de la phthisie. Nous devons ajouter que, si les moyens dont nous venons de parler sont propres à rendre les accidens moins graves, en faisant un pus moins irritant, ils ne peuvent du moins en prévenir la formation et la résorption. En preuve, nous pouvons invoquer ce fait que, chez les malades ainsi traités on n'en voit pas moins se produire les accidens qui annoncent l'une et l'autre. Si donc ces moyens sont encore les meilleurs, nous devons confesser aussi qu'ils sont loin d'être bons.

On ne peut pas même dire autant de bien de la diète appliquée à ces malades. En même temps qu'elle leur ôte les forces musculaires, et qu'elle les tourmente par le sentiment d'une faim incessante, elle a le grand inconvénient de les laisser sans défense contre les accidens

de la résorption purulente, et ils en meurent certainement beaucoup plus tôt. Il suffit, pour s'en convaincre, d'interroger à cet égard les sœurs qui distribuent aux malades les alimens dans les hôpitaux; elles affirment toutes que les phthisiques qui manquent d'appétit et ceux qu'on nourrit moins meurent plus vite. Il n'y a point d'élève attentif qui ne les voie, quand l'ordonnance du médecin n'est pas tout-à-fait explicite, donner autant qu'elles le peuvent, des alimens à ces malades. Et la fièvre? dira-t-on; certainement, la fièvre les fatigue et les use rapidement; mais il faudrait savoir si elle est moindre quand le malade ne mange pas. La cause matérielle qui l'entretient n'a pas disparu, et par conséquent la fièvre ne diminue pas sous l'influence du régime. J'ai même remarqué que certains malades l'ont plus forte quand on les soumet à une diète trop rigoureuse, et moins intense quand on leur permet de satisfaire leur appétit.

Enfin, parmi les accidens qui tourmentent le plus les phthisiques au dernier degré, il faut placer les sueurs nocturnes et le dévoiement. Nous avons contre ces accidens bien peu de moyens de traitement dignes de confiance. D'ailleurs quand on remédie à l'un d'eux, l'autre augmente d'autant. On ne doit donc chercher a y mettre obstacle que quand l'un et l'autre prennent une intensité trop grande et fatiguent excessivement le malade; de légers astringens à l'intérieur, parmi lesquels je place en première ligne le kino, auquel on peut joindre quelques narcotiques, quand c'est le dévoiement qu'il s'agit d'arrêter : voilà, à mon sens, tout ce qu'il y a de mieux. Quant à la sueur, je ne l'ai jamais vu se modérer sous l'influence des préparations de plomb, vantées dans ces derniers temps; je leur préfère de beaucoup quelques préparations de quinquina et d'opium. Mais en général, la pratique m'a montré, soit dans les hôpitaux, soit dans les dispensaires où les phthisiques s'observent en si grand nombre, qu'il est mieux, dans cette période extrême, de se montrer sobre de révulsions sur la peau et de moyens pharmaceutiques à l'intérieur. Agir autrement, c'est tourmenter des malades en pure perte, et leur intérêt bien entendu me paraît exiger, puisqu'on ne peut pas les guérir, au moins qu'on n'ajoute pas d'autres maux à celui qui les tue.

Quant aux pleurites très-limitées qui les tourmentent dans les derniers jours de leur vie, on y remédie ordinairement par des ventouses sèches ou scarifiées, ou par des applications de sangsues peu nombreuses, ou par des vésicatoires, selon l'intensité du mal. Ces moyens m'ont paru souvent infidèles; et à moins que la souffrance ne soit tellement vive et la gêne de la respiration tellement prononcée qu'il faille absolument y porter remède d'une manière active, je crois qu'il vaut mieux simplement recourir aux narcotiques sous la forme la plus commode et la plus agréable; les phthisiques au dernier terme s'en trouvent ordinairement soulagés parce qu'ils toussent et souffrent moins, et le médecin se console de ne pas guérir en éteignant les souffrances jusque dans la mort. D. S. Sandras.

DE L'EMPLOI DES FUMIGATIONS D'ACIDE CARBONIQUE POUR COMBATTRE L'AMÉNORRHÉE ET LES DOULEURS UTÉRINES QUI PRÉCÈDENT L'ÉVACUATION MENSTRUELLE.

Il est des femmes qui, sans être affectées d'aménorrhée complète, éprouvent, quelques jours, et souvent quelques heures avant l'apparition du flux menstruel, des douleurs vives, poignantes, accompagnées de tortillemens dans la région utérine. Ces douleurs sont surtout fréquentes chez les filles des grandes villes, d'un tempérament irritable, dont l'influence se révèle par une précocité menstruelle, qui n'est souvent pas en harmonie avec les organes physiques.

Dans d'autres circonstances, ce sont de jeunes femmes chez lesquelles le coït a surexcité les organes au point que les règles ne coulent point ou coulent difficilement. On a proposé contre ces affections divers moyens. Les emménagogues proprement dits, bien loin de mettre fin aux douleurs, les augmentent; les saignées de pieds et l'application des sangsues à la vulve produisent souvent une surexcitation nerveuse qui augmente le malaise de la malade.

M. Mojon, professeur et médecin de Gênes, a proposé et employé avec succès les fumigations d'acide carbonique. De même que Rasori et Borda, il considère l'acide carbonique comme un puissant déprimant, contre-stimulant, ou même si l'on aime mieux, un excellent antiphlogistique. Cette opinion est tout-à-fait opposée à celle d'un grand nombre de médecins qui le croient un stimulant, et a fourni il y a peu de temps une discussion assez vive au sein de la société de médecine du département de la Seine.

Quand on examine avec soin ce qui se passe chez les animaux immergés dans l'acide carbonique, ceux qui se développent chez les chiens que l'on expose à la vapeur qui se dégage dans la grotte du Chien à Naples, il est facile de voir que l'acide carbonique diminue l'action du système sanguin. En attendant laissons les discussions pour aborder les faits.

M. Mojon ne base pas son opinion sur un fait isolé; sa longue et brillante pratique lui a fourni l'occasion d'employer plusieurs fois ce moyen. Voici comment il procède.

On prend un flacon à deux ou trois tubulures, analogue à ceux de l'appareil de Woulf; on introduit dans celui-ci de la poudre de marbre blanc, à un tiers environ de sa capacité. Dans l'un des tubulures, on place une canule en gomme élastique, analogue à celle employée pour donner un lavement aux fracturés; cette canule doit être assujétie au moyen d'un bouchon de liége, percé et garni de lut. Dans l'autre tubulure, l'on place un entonnoir à robinet, au moyen duquel on laisse tomber peu-à-peu de l'acide sulfurique affaibli. Aussitôt que le dégagement commence à se faire, l'on introduit dans le conduit vaginal l'extrémité libre de la canule, que l'on peut au besoin surmonter d'un bout mamelonné. Ces fumigations répétées deux fois par jour, pendant l'époque qui précède les règles, non-seulement en ré-

gularisent le cours, mais encore font disparaître les douleurs qui les précèdent, les suivent ou existent en même temps qu'elles. Rien n'est plus facile et n'est moins dispendieux que ce moyen : tout praticien est à même de le mettre en usage. X.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

DE L'EMPLOI DES FEUILLES DE PLOMB DANS LE PANSEMENT DES PLAIES ET ULCÈRES, EN VOIE DE CICATRISATION, par J. H. Réveillé-Parise.

Il y a plusieurs années que je lus à l'Académie royale de Médecine, un mémoire sur l'emploi des feuilles de plomb dans les plaies et ulcères en voie de cicatrisation (1). Ce mémoire attira l'attention du public médical ; mais, comme il arrive d'ordinaire, les uns y mirent de l'indifférence, d'autres blâmèrent l'emploi de ce moyen avant de l'avoir essayé, ou du moins après y avoir eu recours dans des circonstances où il ne pouvait réussir. Enfin, il en est qui obtinrent des résultats favorables, sans pourtant que ce mode de pansement, aussi simple que commode et rationnel, ait obtenu de se généraliser dans la pratique. L'habitude, les préjugés, la routine, l'intérêt particulier, ont rendu la question indécise, au moins en apparence.

L'historique de ce mémoire serait une chose assez curieuse, s'il n'était pas mieux de jeter un voile sur la partie basse de notre art. « On ferait, dit un homme d'esprit, une longue histoire des vérités qui ont été mal reçues parmi les hommes, et des mauvais traitemens essuyés par les introducteurs de ces malheureuses étrangères. » Eh bien! l'historique dont je parle, ajouterait encore à la masse de preuves qui existent à cet égard ; la prévention et l'amour-propre ne sont vaincus que par le temps.

Je rapporterai dans ce nouveau mémoire, et d'une manière aussi succincte que possible, les doctrines et les preuves qui ont fait la base du premier mémoire ; j'ajouterai de nouveaux faits que m'ont fourni des praticiens distingués ; enfin, je répondrai aux objections plus ou moins spécieuses qui ont été faites contre ce procédé.

Dans tous les arts, mais surtout dans la chirurgie, la *nécessité* a été la mère de l'industrie ; disons plus, elle est la cause et le principe de tout progrès. Le chirurgien habile n'est pas toujours l'homme qui, ayant sous la main tous les moyens connus pour combattre tel ou tel cas pathologique, sait y recourir avec plus ou moins de succès. C'est souvent celui qui, manquant de tout, ou à peu près, cherche, s'*ingénie* pour y suppléer avantageusement, et par tout ce que le hasard, les circonstances de sa position peuvent lui présenter. Quiconque n'est pas étranger à l'histoire de la chirurgie, doit se rappeler ce qui arriva à Ambroise Paré, lorsqu'il fut contraint de panser des plaies d'arquebuse avec des émolliens, au lieu de spiritueux dont il manquait ; personne n'ignore les inquiétudes, poussées jusqu'à l'insomnie, qu'éprouva ce grand chirurgien pour ses pauvres malades, sa surprise quand il vit que ceux qui avaient été pansés par les émolliens étaient beaucoup moins souffrans que les autres. Les difficultés qu'éprouva Paré, se retrouvent souvent à l'armée, surtout quand la guerre est active ; les blessés nombreux, les privations multipliées, les communications difficiles ; aussi, est-ce à la chirurgie d'armée, cette maîtresse chirurgie, qu'on doit une foule de procédés qui enrichissent l'art et assurent son triomphe.

Ce fut pendant le terrible siége de Saragosse, en 1808 et 1809, que je me trouvai dans un état complet de dénûment pour secourir les blessés qui m'étaient confiés. J'ai exposé, dans mon premier mémoire, les moyens auxquels j'eus recours alors pour purger mes malades, pour faire des potions toniques, des cataplasmes émolliens, pour remplacer les cantharides, etc. ; mais la privation qui m'était le plus sensible fut celle de la charpie. Avec de la mousse et de la bruyère hachées, je faisais bien le *remplissage* des paillassons pour les cas de fractures compliquées, j'avais même un peu de mauvaise étouppe pour les grandes et larges plaies, à suppuration abondante, mais comment remplacer la charpie fine qui me manquait tout-à-fait ? avec quelle substance recouvrir des plaies tendant à la cicatrisation, plaies vermeilles, sensibles, dont les boutons charnus attestent le travail qui se fait, et qu'on ne doit pas interrompre. C'était là mon plus grand embarras, et je ne voyais aucun moyen d'en sortir ; j'avais même fini par ne rien mettre sur ces plaies, me contentant de les abriter comme je pouvais, car le linge, et surtout le linge propre, était également très-rare. Pour remplacer aussi heureusement que possible la charpie, il me fallait une substance qui réunît les deux conditions suivantes : qu'elle fût abondante, facile à se procurer, et qu'elle n'eût aucun inconvénient dans son application sur les plaies. Cependant, à force d'y réfléchir, j'imaginai qu'à l'aide de feuilles de plomb, j'atteindrais tout-à-fait ce but, et que je me procurerais facilement ces feuilles, au moyen des balles de cartouche, dont nous étions abondamment pourvus ; la suite prouva que je ne m'étais pas trompé. Ainsi, chaque soldat avait dans sa giberne ce qui lui fallait pour combattre son ennemi, et pour se guérir des blessures auxquelles lui-même se trouvait exposé.

A ma grande satisfaction et, s'il faut le dire, à mon grand étonnement, je ne tardai pas à m'apercevoir que ce moyen, loin de s'opposer à la cicatrisation, la favorisait même dans certains cas. Je continuai donc à m'en

---

(1) *Mémoire sur une nouvelle méthode de pansement des plaies et des ulcères qui tendent à se cicatriser*, lu à l'Académie royale de Médecine (section de Chirurgie). Ce Mémoire a été imprimé depuis dans l'ancien *Journal général de médecine*.

servir sous le double rapport de l'utilité et de l'économie; car la même feuille était non-seulement réappliquée jusqu'à l'entière guérison; mais elle servait encore à d'autres blessés. Un certain nombre de balles, plus ou moins aplaties, coupées ensuite soit carrément, soit en ovale, suffirent à tous les besoins de mon hôpital. J'y travaillais moi-même avec un soin tout particulier; il fallait me voir après la visite, qui avait lieu dans les salles ouvertes de tous les côtés, les blessés couchés d'ailleurs sur de la mauvaise paille jamais renouvelée; il fallait me voir, dis-je, habit bas, aidé de quatre à cinq soldats, battre à coups redoublés nos balles et nos feuilles de plomp, jusqu'à les réduire quelquefois à l'épaisseur d'une feuille de papier. La nécessité, le besoin, les circonstances, le désir d'être utile à de malheureux et braves soldats, expliquent suffisamment l'ardeur que nous y mettions.

Depuis cette époque, j'ai constamment cherché en différens lieux, en différens temps, et chaque fois que l'occasion s'en est présentée, à substituer le procédé dont il s'agit au mode de pansement le plus en usage; non-seulement j'y ai eu recours pour les ulcères variqueux, mais plus souvent encore pour toute espèce de plaie en voie de cicatrisation, où la nature fait à peu de chose près tous les frais de la guérison. Comparant avec soin les effets obtenus dans l'emploi des feuilles de plomb, avec la méthode ordinaire, j'ai examiné, suivi attentivement les phénomènes qui avaient lieu dans l'un et l'autre procédés; enfin, j'ai déterminé, avec le plus de précision qu'il m'a été possible, les cas où on ne peut recourir au moyen que je propose, et ceux où on doit l'employer. Pour procéder logiquement, voyons d'abord en quoi consiste le mode de pansement généralement admis aujourd'hui.

De la charpie; ses avantages et ses inconvéniens.

L'ancienne Académie de chirurgie ne s'illustra pas seulement en s'occupant de ce qu'on nomme les grandes opérations: rien de ce qui tient au domaine de l'art ne lui échappa; elle porta donc son attention sur les pansemens des plaies, et c'est à elle qu'on doit en partie la salutaire réforme des corps gras, des onguens de toute espèce, dont on faisait alors un effrayant abus. En comparant nos formulaires actuels avec ceux de cette époque, on est frappé de la différence qui existe à cet égard. Pour guérir une plaie, nos ancêtres connaissaient cinq à six espèces d'emplâtre, dont on se servait selon les périodes de cette plaie. Ce n'est qu'à force de temps, de travaux et de controverses qu'on est parvenu à ce résultat simple, positif et précis que la nature seule guérit une plaie, et que l'art consiste à écarter tous les obstacles qui s'opposent à cette guérison. Un des premiers et des plus importans moyens qu'on emploie dans cette intention, est la charpie. En effet, rien de plus commode, de plus facile à se procurer, de plus propre à atteindre le but que cette substance. Dès lors, on en fit le moyen par excellence, le topique universel dans le pansement des plaies. L'Académie de chirurgie avait délivré l'art d'un fléau, la routine et la médiocrité lui en créèrent un autre. Qui n'a pas vu, dans certaines circonstances, des chirurgiens jeter avec précipitation et négligence une masse de charpie brute sur une plaie, et la croire méthodiquement pansée? elle était plutôt *maçonnée*, selon l'énergique expression de Lombard, ancien chirurgien militaire. Il est même encore quelques chirurgiens qui tamponnent et remplissent de charpie certains ulcères profonds et fistuleux. On sait qu'autrefois il était d'usage de compter les bourdonnets introduits dans une plaie profonde, afin de s'assurer de n'en pas oublier au pansement suivant; ce qui arrivait pourtant quelquefois.

Un des avantages de la charpie est de défendre la surface de la plaie du contact de l'air. Sous son abri, une température douce, chaude, se soutenant au même degré, l'œuvre de la cicatrisation s'opère d'après des conditions normales; or cette température est si importante, que si, par des circonstances particulières, elle cesse d'avoir lieu, la plaie s'irrite, le pus change de nature, et l'on remarque une suite de phénomènes absolument contraires à la formation de la cicatrice. Les anciens avaient si bien observé ces phénomènes, qu'ils donnèrent le nom de *plumaceau* à de petits corps formés de plumes et de linge, qu'ils appliquaient sur les plaies dans la même intention.

La charpie défend encore la plaie des corps voltigeans dans l'atmosphère, beaucoup mieux encore que ne le ferait un simple linge apposé à la surface. Un autre avantage de la charpie, est d'absorber le pus qui s'écoule de la plaie, et de l'absorber dans des proportions convenables; car n'oublions pas que l'absorber entièrement serait contraire aux lois en vertu desquelles s'opère la cicatrisation. C'est pourquoi l'emploi de la charpie est particulièrement nécessaire dans les grandes plaies ou à large surface, dont la suppuration est abondante. On a aussi compté parmi les avantages de la charpie, celui de produire une excitation douce et modérée, qui hâte le travail de la cicatrisation sans lui donner un degré d'activité tel qu'il en résulterait de l'irritation et de l'inflammation. Cet avantage de la charpie est-il aussi réel, aussi fondé que le croient beaucoup de personnes? J'ai quelque raison d'en douter. De deux choses l'une, ou le principe virtuel de la cicatrisation quel qu'il soit, a par lui-même assez d'énergie pour opérer cette cicatrisation, ou il est privé de cette énergie. Dans le premier cas, la charpie est parfaitement inutile; il suffit d'absorber l'excédant du pus de bonne qualité qui en découle, de la garantir des impressions de l'air et du contact des corps extérieurs pour amener la guérison. C'est ce qu'on voit dans certains cas, ou lorsque, par des circonstances particulières, la plaie n'a point été couverte; c'est ce qu'on remarque encore chez plusieurs animaux qui, se contentant de lécher leur plaie, l'abandonnent ensuite aux soins de la nature. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'énergie vitale manque entièrement, ou à peu près, la charpie est tout-à-fait insuffisante; il faut alors recourir à

des stimulans plus actifs. Quant à ce degré ni en plus, ni en moins, à ce *medium* constant d'excitation qu'on cherche toujours, et qu'on dit obtenir de la charpie, je pense qu'il est tout-à-fait chimérique.

Parmi les inconvéniens de la charpie, il faut certainement compter la difficulté de s'en procurer de bonne, surtout dans les grands établissemens et dans certaines circonstances, qui n'ont lieu que trop souvent. Une bonne charpie, convenable pour toute espèce de pansement, ni trop dure, ni trop molle, douce, blanche, un peu cotonneuse, parfaitement sèche, sans mélange d'impuretés et de substances hétérogènes, qui n'a jamais fermenté, faite avec du linge ni trop neuf, ni trop usé, blanchie à la lessive et non par le chlore, exige, comme on voit, une réunion de qualités dont une seule de moins rend la charpie nuisible à l'œuvre de la cicatrisation. Si d'un côté, une charpie dure, brute, épaisse, meurtrit les plaies, les irrite et augmente l'intumescence inflammatoire, d'un autre, quand la charpie est trop douce, la charpie rapée, par exemple, ou celle qui en approche, son emploi présente d'autres inconvéniens. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait remarqué, qu'appliquée immédiatement sur une plaie, cette charpie y adhère avec force; des lotions répétées d'eau tiède, suffisent à peine pour la détacher; quelque précaution qu'on prenne, presque toujours, dans ce cas, on est forcé d'enlever la cicatrice délicate et circulaire formée autour de la plaie, tandis qu'un flot de pus se trouve concentré dans le milieu ordinairement déprimé. Croit-on alors que la guérison doive se hâter dans de pareilles circonstances? il s'en faut beaucoup, même pour les plaies les plus légères. L'observation pratique, journalière, a tellement consacré la vérité de ce fait, qu'on a presque renoncé aujourd'hui à cette méthode de pansement, plus destructive que salutaire.

Mais l'inconvénient dont je viens de parler n'est pas particulier à la charpie râpée; on le remarque encore quand on se sert de charpie ordinaire, mais fine, surtout lorsque la suppuration, devenant moins abondante, de meilleure qualité, indique précisément qu'on est arrivé à l'époque la plus importante, celle où le travail de la cicatrisation se prononce davantage. Aussi cette adhérence de la charpie aux bords de la plaie est-elle un véritable supplice pour le malade, car rien de plus douloureux, malgré des lavages répétés, que d'enlever cette charpie brin à brin, jusqu'à ce qu'enfin la plaie soit entièrement découverte. Presque toujours alors les bords de la plaie deviennent saignans et s'irritent; il s'y maintient une petite phlogose, qui quoique peu apparente, suffit néanmoins pour retarder les progrès de la cicatrisation. Cet inconvénient a tellement été remarqué par les chirurgiens, qu'on tâche de le combattre, soit par des bandelettes enduites de cérat, soit, dans certains cas, par une compresse fenêtrée, également enduite d'un corps gras. Sans nier qu'on ne remédie ainsi que jusqu'à un certain point à l'inconvénient dont je viens de parler, cette modification dans le pansement présente des inconvéniens dont il sera question dans un instant.

Remarquons encore que jusqu'ici il n'a été question que de la charpie de bonne qualité, ce qu'on appelle de la charpie de choix, qu'on se procure aisément dans les maisons particulières; mais il n'en est pas de même quand cette substance se fournit par masses considérables. Cette obligation où l'on est d'entasser, de presser la charpie plus ou moins long-temps altère bien souvent cette substance. Or, on doit présumer ce qui arrive en pareil cas. Toute surface vivante dénudée, plaie ou ulcère, simple excoriation du derme, jouit d'une grande faculté d'infection; il est donc essentiel que les substances en contact avec cette surface soient parfaitement pures; cependant il est arrivé quelquefois que la charpie réservée pour de grands établissemens, ou envoyée aux armées, n'avait rien moins que les qualités dont nous avons parlé, qu'elle était plus ou moins avariée, et l'apparence est ici fort trompeuse: tantôt humide et long-temps renfermée dans des tonneaux, elle y a fermenté; tantôt elle contient de la poussière, des mites, des œufs de mouche et autres impuretés; tantôt enfin, blanchie par le chlore, elle a contracté une propriété irritante. D'autres fois, par une économie véritablement homicide, on lave cette substance pour la faire servir de nouveau. Or, il est aisé de penser que, réappliquée ensuite sur les plaies, la charpie peut, de cette manière, inoculer plusieurs espèces de maladies; de sorte qu'un moyen de guérison devient ainsi une source de maux. Rien ne s'imprègne plus facilement que la charpie d'émanations animales et putrides, rien ne les conserve plus long-temps que cette substance, si on ne l'expose au contact d'un air pur. Qu'on juge des résultats, lorsqu'après avoir été souillée par un premier pansement, on la destine à un second, après un lavage souvent superficiel! Beaucoup d'épidémies, de gangrènes nosocomiales, sont uniquement dues à l'impureté de la charpie; c'est un fait qu'on ne saurait révoquer en doute.

On conçoit que dans les hôpitaux bien organisés, lorsque la paix fleurit, que l'ordre règne, que l'administration est exacte et soigneuse, on conçoit aisément, dis-je, qu'il est possible d'éviter une partie de ces inconvéniens; mais à l'armée, dans les ambulances, à l'issue des grandes batailles, dans les retraites précipitées, pendant les siéges prolongés, quand les hôpitaux sont encombrés de blessés, que tout manque à la fois, ces inconvéniens se font plus vivement sentir; c'est un fléau de plus ajouté à mille autres. Aussi des épidémies meurtrières exercent-elles bientôt d'affreux ravages; une belle armée disparaît en peu de temps par des causes secrètes, souvent inconnues ou mal appréciées. Le maréchal de Saxe, en parlant des vivres, dit que *la partie faible d'une armée c'est le ventre;* cette partie faible ne serait-elle pas plutôt dans une multitude de plaies mal pansées, d'où s'exhalent des émanations mortifères?

Aux inconvéniens dont j'ai parlé s'en joint un autre qui se fait sentir chaque jour de plus en plus, c'est la cherté de la charpie. Dans une maison particulière, je le répète, on se procure facilement toute la charpie dont on peut avoir besoin, encore faut-il recourir aux marchands

quand il s'agit d'amputation, de fracture comminutive, etc. Mais dans les hôpitaux, où la consommation de cette substance est considérable, on sent aujourd'hui le besoin de l'économiser ou d'y suppléer. D'ailleurs, l'usage des toiles de coton se répand de plus en plus en France; le préjugé ridicule qui faisait regarder comme malsain de se servir de draps de coton et d'envelopper les enfans dans des langes de cette substance disparaît journellement. Il en résulte que le linge devient de plus en plus rare, indépendamment qu'on le recherche avec soin pour la fabrication du papier, dont il se fait maintenant une grande consommation. D'un autre côté, ceux qui se livrent au commerce de la toile ne trouvant pas un facile débit de leurs produits, en fabriquent beaucoup moins. Il est constant qu'il se tissait autrefois en Bretagne pour près de huit millions de toiles par an, et que cette fabrication a maintenant diminué de près de moitié.

Comment on remédie aux inconvéniens de la charpie.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que la charpie, malgré tous ses avantages, avantages tels néanmoins que la chirurgie ne pourrait se passer de cette substance, présente dans certains cas d'assez graves inconvéniens. On a donc cherché non-seulement à y remédier, mais encore à substituer d'autres substances à la charpie : ainsi pour empêcher les adhérences de celle-ci aux bords de la plaie, on recouvre ces derniers de bandelettes enduites de cérat; ce moyen n'atteint le but qu'incomplétement; le bord linéaire cicatrisé d'une plaie se présente sous la forme d'une membrane rouge, mince, éminemment sensible; or, l'application réitérée des corps gras y détermine presque toujours un prurit incommode, quelquefois même une espèce d'érysipèle, surtout dans les hôpitaux, où les ingrédiens du cérat sont ordinairement d'une qualité inférieure. L'huile se combinant rapidement avec l'oxygène, rancit, irrite les bords de la plaie, y détermine une rougeur érysipélateuse, surtout chez certains sujets très-irritables. Il y a si peu d'exagération dans ces assertions, qu'elles ont été l'objet de remarques très-importantes du docteur Nilo, médecin portugais (voyez *Journal général de médecine*, tome 80, année 1822); en effet, n'observe-t-on pas souvent de ces couches épaisses et poisseuses de corps gras et rances, espèces d'incrustations emplastiques qui nuisent à la transpiration et qu'on n'enlève qu'avec peine? Or, de deux choses l'une : ou on laisse une partie de cette couche d'onguent ranci, soit par négligence, soit par crainte d'irriter la plaie; alors on s'expose aux inconvéniens que j'ai signalés; ou bien on se décide a nettoyer scrupuleusement et chaque jour les bords de la plaie; mais dans ce dernier cas, si c'est par des lotions répétées, le liquide se mêle peu au corps onctueux qu'on veut enlever; il détruit en même temps le fluide fibrino-purulent étendu sur la plaie, nécessaire à la cicatrisation : si c'est au contraire par des frictions assez rudes, à l'aide d'un linge ou de la spatule, on est forcé alors de *décaper*, pour ainsi dire, la cicatrice, d'y occasioner de l'irritation, de l'inflammation, qui se manifeste le jour même par de la douleur, et le lendemain par une augmentation de suppuration. Tel est le cercle vicieux où l'on se trouve placé.

Depuis la publication de mon premier mémoire, on a fait quelques modifications à ce mode de pansement; on a moins recours aujourd'hui aux bandelettes, mais beaucoup plus aux emplâtres fenêtrés enduits de cérat. Quoiqu'on évite par-là l'obligation d'enlever presque brin à brin la charpie, et qu'il y ait moins d'adhérence aux bords de la plaie, l'inconvénient du corps gras et rance se retrouve encore indépendamment du défaut d'absorption du pus.

Le prix de la charpie augmentant journellement, les administrations et les chirurgiens ont cherché différens moyens d'y suppléer. En Angleterre, on s'est servi d'une espèce de coton cardé et aplati, dont on coupe des morceaux selon l'étendue de la plaie. En France, et à différentes époques, mais notamment aux armées, on a eu recours à l'étoupe, qu'on rend plus ou moins fine. Je me suis servi quelquefois de cette substance, mais avec peu de succès; il y a toujours dans l'étoupe quelque chose de dur, de raide, qui contond et meurtrit la plaie; son utilité est plus manifeste dans les grandes plaies avec suppuration abondantes que dans les plaies qui tendent à la cicatrisation. Comme remplissage, l'étoupe peut très-bien suppléer à la charpie et en diminuer la consommation.

Dans ces derniers temps, après avoir fait subir à l'étoupe diverses préparations, et lui avoir imposé le nom de *charpie vierge*, on l'a proposée pour remplacer dans tous les cas la charpie ordinaire. Sans rejeter tout-à-fait ce moyen, on peut dire qu'il n'atteint le but que sous le rapport de l'économie; encore ne sais-je. Mais sa préparation et son blanchiment par le chlore peuvent lui communiquer un principe d'irritation, susceptible de déterminer des accidens. Or, une médication vulnéraire, méthodique et rationnelle, je le répète, consiste à écarter soigneusement tout obstacle à la cicatrisation.

Dans un prochain article nous examinerons l'emploi des feuilles de plomb, leurs avantages, les circonstances favorables à leur emploi. Nous exposerons aussi la manière de procéder au pansement, et nous résoudrons les différentes objections qui ont été faites contre l'usage de ce moyen thérapeutique.

REVEILLÉ-PARISE.

DES BANDELETTES AGGLUTINATIVES APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DU TRICHIASIS.

Lorsque, par suite d'un relâchement considérable des tégumens palpébraux, le cartilage tarse se roule en quelque sorte sur lui-même en se retournant du côté du globe oculaire, de manière à former ce qu'on appelle *trichiasis*, ou entropion, les praticiens ont généralement pour usage d'opposer le remède des Arabes, tant vanté

par le célèbre Scarpa ; c'est-à-dire l'excision d'un petit lambeau transversal de la peau de la paupière, et le redressement, de cette manière, du bord palpébral introversé. Cette pratique est pour nous la meilleure : un très-grand nombre de guérisons attestent en effet son efficacité. Telle n'est pourtant pas l'opinion de M. le professeur Roux à ce sujet. Ce chirurgien a pour pratique de remettre dans son juste niveau la paupière, en la tirant au dehors et en la soutenant à l'aide d'une bandelette de diachylon gommé très-collant, qu'on attache tout le long de la joue, jusque sous le menton. Voici un exemple pour donner une idée nette de sa conduite thérapeutique dans cette circonstance.

Une femme d'une cinquantaine d'années, habituellement sujette à des conjonctivites, a été ces jours derniers admise à l'hôpital de la Charité pour un renversement en dehors de la paupière inférieure des deux côtés ; elle était dans l'état suivant : photophobie par l'irritation continuelle produite par le contact des cils sur le globe oculaire ; larmoiement sur la joue ; céphalalgie continuelle ; impossibilité de travailler. Aucune cicatrice, aucun ulcère, aucune tumeur n'existent sur la conjonctive palpébrale.

Il était évident que l'introversion n'était produite que par un relâchement extrême de la peau et du cartilage tarse de la même partie.

Le chirurgien prit deux bandelettes de diachylon gommé bien collant, ayant chacune un pied environ de longueur, et un pouce environ de large (cette largeur doit égaler celle de la paupière qu'on veut redresser). L'un des bouts de cette bandelette ayant été coupé en croissant pour être convenablement adaptée à la paupière, on a agi de la manière suivante :

De l'extrémité d'un doigt on renverse en dehors la paupière en la mettant en rapport normal avec l'œil ; on applique sur son bord libre ainsi retenu le bout à croissant de la bandelette, et tout en continuant à soutenir la paupière et le bout oculaire de la bandelette ; on colle l'autre extrémité avec la main libre sur la joue, parallèlement à la ligne médiane, et en continuant sous le menton jusqu'à la branche horizontale du côté opposé de la mâchoire inférieure. Le même pansement a été fait pour l'autre œil, de manière que les deux bandelettes se croisaient réciproquement sous le menton. Les paupières sont de cette manière retenues dans la position convenable à la guérison, comme elles le seraient avec le doigt. Ce pansement sera renouvelé tous les jours jusqu'à ce que le cartilage et la peau palpébrale aient repris leur ton naturel pour pouvoir rester seuls dans leur position normale.

Ce mode de traitement qui avait été mis en usage par plusieurs chirurgiens anciens, et entre autres par Demours père, est depuis plusieurs années aussi employé par M. Roux. Cependant, nous devons le dire, ce moyen n'est que propre à pallier le mal : le relâchement doit se reproduire le plus souvent. Nous ne voudrions qu'on y eût recours que dans les cas où le malade montrerait une opposition absolue contre l'opération sanglante. Car par les bandelettes correctives, dont il est question, le traitement est long, ennuyeux et d'un résultat peu sûr ; la présence des bandelettes sur la peau de la face peut déterminer un érysipèle ; tandis que l'excision d'un petit lambeau de peau, pratiquée d'après les règles posées par Scarpa dans le premier volume de son Traité des maladies des yeux, ne manque jamais son but. Aussi, en dernière analyse, pensons-nous : 1° que pour méthode générale dans le traitement du trichiasis l'on doit adopter l'excision d'une portion de la peau de la paupière renversée ; 2° qu'on peut avoir recours aux bandelettes *correctives* dans le cas où le malade aurait une aversion décidée contre l'instrument tranchant : 3° qu'on peut aussi, lorsque le trichiasis n'est ni considérable ni ancien, essayer de prime-abord l'usage des bandelettes, en se réservant d'en venir au besoin à l'excision.

PHARMACIE ET TOXICOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'EFFICACITÉ DU PEROXIDE DE FER HYDRATÉ COMME CONTREPOISON DE L'ARSENIC ; par MM. MIQUEL et SOUBEIRAN (1).

Les expériences de M. Bunzen sur les effets de l'oxide de fer hydraté comme contrepoison de l'arsenic ont vivement excité l'attention ; et l'on a saisi avec empressement l'espoir de posséder enfin un remède prompt et efficace contre l'un des empoisonnemens les plus fréquens et les plus redoutables.

M. Orfila a communiqué dernièrement à l'académie, les expériences faites par M. Lesueur pour constater l'exactitude des assertions de M. Bunzen ; et malgré que ces expériences fussent peu nombreuses, appuyées qu'elles étaient sur celles de M. Bunzen, M. Orfila a pu en conclure que le chimiste allemand n'avait pas exagéré l'importance de sa découverte.

Le docteur Miquel et moi, nous nous sommes occupés de nouvelles recherches sur le même sujet, et je viens faire connaître aujourd'hui à l'académie les résultats auxquels nous sommes parvenus.

Le 28 octobre dernier, nous avons fait prendre à un chien de moyenne taille, vingt-quatre grains d'arsenic blanc délayés dans de l'eau. Dix minutes après des vomissemens sont survenus et se sont succédés à des intervalles assez rares. Vingt minutes après l'ingestion du poison (le chien étant tout-à-fait sous son influence et aux vomissemens s'étant joint des déjections sanguinolentes, avec de violentes coliques), nous lui avons fait avaler quatre gros d'hydrate de péroxide de fer récemment préparé et délayé dans de l'eau. Il y eut encore

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine dans la séance de 9 décembre.

quelques vomissemens. L'animal resta triste et abattu pendant tout la journée, mais le lendemain matin, il avait retrouvé toute sa gaieté et son appétit, et au bout de deux jours il était revenu entièrement à son état normal.

Le même jour nous avons fait prendre à un chien de petite taille, huit grains d'arsenic délayés dans de l'eau; et dix minutes après, quand les effets du poison furent bien manifestes, et après qu'il y eut eu deux vomissemens, nous donnâmes l'hydrate de fer. Dès l'après-midi ce chien paraissait tout-à-fait rétabli.

Les deux expériences précédentes pourraient bien être interprétées en faveur des bons effets de l'oxide de fer; mais la liberté de vomir que nous avions laissée aux chiens, nous a rendu fort discrets sur les conséquences à en tirer.

Pour savoir exactement le compte que nous devions tenir des résultats précédens, nous avons fait un nouvel essai en même temps sur trois chiens, en administrant à chacun d'eux une assez forte dose d'acide arsénieux. Chez tous il y eut de nombreux vomissemens; mais chez l'un d'eux, chien d'assez forte taille, qui avait pris dix-huit grains de poison, le premier vomissement n'eut lieu qu'au bout d'une heure. Dès l'après-dîner tous ces chiens paraissaient rétablis, et il ne leur restait des vomissemens et des superpurgations qu'ils avaient éprouvés, qu'une augmentation d'appétit bien prononcée.

Dès lors, il nous fut démontré, que toutes nos expériences seraient sans résultat, si nous laissions aux chiens la possibilité de vomir. Ces essais sont tout-à-fait de nature à appuyer l'opinion de M. Orfila, qui pense qu'une substance ne peut être considérée comme un véritable contrepoison, qu'autant qu'elle s'est montrée efficace après la ligature de l'œsophage. Nous avons alors entrepris une nouvelle série de recherches pour savoir positivement:

1° Si l'arsenic amène nécessairement la mort des chiens, quand ils ne peuvent vomir;

2° Si l'oxide de fer hydraté peut arrêter les accidens d'empoisonnement causés par l'arsenic.

A cette époque, M. Nonat, dont l'habileté en ce genre de recherches est bien connue, voulut bien nous aider de son expérience et prendre part à une partie de nos travaux.

Nous avons lié l'œsophage à un chien barbet, quelques momens après l'avoir fait manger; mais nous ne lui avons pas fait prendre d'arsenic. Ce chien était destiné à nous servir de terme de comparaison. Il mourut des suites de l'opération, après soixante-dix-huit heures.

Nous avons fait prendre à un autre barbet, douze grains d'arsenic blanc délayé dans de l'eau; et aussitôt nous lui avons lié l'œsophage. Tous les symptômes de l'empoisonnement ne tardèrent pas à se montrer, et, deux heures après, la mort était arrivée.

Nous avons fait la même expérience sur un autre chien un peu plus petit qui a pris seulement neuf grains d'acide arsénieux. La mort arriva deux heures et demie après l'ingestion du poison.

Ces deux résultats mis en comparaison avec l'expérience qui les avaient précédés nous paraissent concluans. Le premier chien a l'œsophage lié; il ne prend pas de poison, et il vit soixante-dix-huit heures. Les autres chiens prennent l'arsenic et sont empêchés de vomir: la mort arrive rapidement. Impossible de méconnaître les effets toxiques de l'acide arsénieux, et de douter qu'il n'entraîne promptement la mort des chiens, quand on s'oppose aux vomissemens.

Dans toutes les expériences dont maintenant il va être question, on a donné aux chiens du peroxide de fer hydraté récemment préparé, délayé dans de l'eau, et à une dose douze fois aussi forte que celle de l'arsenic.

Nous avons fait prendre à un chien de petite taille, douze grains d'acide arsénieux délayé dans l'eau, et immédiatement après nous lui avons fait avaler l'oxide de fer hydraté. L'œsophage a été lié aussitôt et l'animal a été abandonné à lui-même. Il a fait pendant quelque temps des efforts pour vomir; mais au bout de deux à trois heures, les effets du poison avaient complétement disparu. Vingt-quatre heures après l'opération nous avons détaché la ligature de l'œsophage et nous avons pu avec des soins faire avaler de temps en temps à ce chien un peu de bouillon ou de lait; mais la déglutition d'alimens solides était devenue impossible, et l'animal mourut dans le sixième jour après l'opération.

L'expérience de désempoisonnement fut renouvelée sur deux caniches d'assez forte taille; chacun d'eux avala dix-huit grains d'acide arsénieux et le contrepoison fut introduit immédiatement et par injection, au moyen d'une ouverture faite à l'œsophage: une nouvelle ligature vint mettre obstacle aux vomissemens. L'un de ces chiens vécut soixante-dix-huit heures et l'autre, quatre-vingt-quatre heures après l'opération.

Ainsi voilà des animaux qui prennent une dose d'arsenic qui devait les faire périr inévitablement au bout de deux à trois heures, et qui ont vécu à peu près le même temps que s'ils avaient été soumis seulement à la ligature de l'œsophage; l'un d'eux-même, débarrassé de cette ligature, vit encore plusieurs jours. Il nous paraît impossible de révoquer en doute ici les effets salutaires de l'oxide de fer hydraté.

Une nouvelle série de recherches a été entreprise pour savoir si l'oxide de fer arrêterait les effets du poison, lorsqu'un temps suffisant se serait écoulé pour laisser l'arsenic commencer son effet.

Déjà une partie des résultats à ce sujet, se trouvait établie par les expériences que nous avons rapportées, et d'où il résulte, qu'au bout de deux ou trois heures, la mort survient inévitablement pour les chiens, si l'on n'oppose pas d'obstacle aux effets de l'arsenic. Nous en avons fait une autre qui amène à la même conclusion; nous avons fait prendre à un petit chien huit grains d'acide arsénieux, et nous n'avons introduit le peroxide de fer que deux heures et demie après. Il est mort un quart d'heure après cette injection.

Il restait à établir au bout de quel temps on pouvait espérer d'administrer encore le contrepoison avec succès.

Une expérience fut faite sur un chien de moyenne taille. Il prit dix-huit grains d'arsenic blanc. L'œsophage fut lié, et bientôt les efforts de vomissemens les plus violens dénoncèrent l'action du poison; au bout d'une heure on fit une ouverture au-dessous de la ligature de l'œsophage; on injecta l'oxide de fer, et l'on fit une nouvelle ligature. L'animal, qui avait pris l'arsenic le 3 novembre, à onze heures du matin, ne mourut que le 7 vers sept heures du matin; c'est-à-dire qu'il vécut encore quatre-vingt-dix heures après l'empoisonnement.

Nous fîmes prendre à un chien épagneul huit grains d'acide arsénieux délayé dans un peu de lait; l'œsophage fut lié aussitôt, et au bout d'une heure, nous fîmes une injection d'oxide de fer, et aussitôt une nouvelle ligature vint s'opposer au vomissement. Les symptômes de l'empoisonnement qui étaient développés à un haut degré, se calmèrent peu à peu après l'injection de l'hydrate, et l'animal ne mourut que vingt-quatre heures après avoir pris l'acide arsénieux.

Un chien barbet qui prit douze grains d'acide arsénieux et qui fut traité de la même manière ne mourut que trente-huit heures après l'empoisonnement.

L'expérience fut faite encore une fois, sur un caniche de forte taille, qui prit dix-huit grains d'acide arsénieux, mais qui ne reçut le contrepoison que deux heures après. Il vécut trente heures.

Dans les quatre expériences précédentes, la mort est arrivée avec une lenteur qui ne se laisse pas comparer à la rapidité d'action de l'arsenic administré sans l'oxide de fer; et il est à remarquer que chez l'un de ces animaux, chien d'assez forte race, les effets du poison ont été neutralisés complétement. Chez les trois autres chiens la mort est survenue plus tôt qu'elle n'aurait été déterminée par la seule ligature de l'œsophage. Il faut encore remarquer que le caniche à forte taille a vécu trente heures, bien que pendant deux heures il soit resté sans secours sous l'influence pernicieuse de l'acide arsénieux.

Ces résultats nous permettent de conclure qu'il est possible de retirer de bons effets de l'oxide de fer hydraté, assez long-temps après que l'arsenic a été introduit dans l'estomac. C'est une conséquence qui nous sera facilement accordée, si l'on veut réfléchir à tout ce qu'avait de défavorable la situation des chiens qui ont servi à ces recherches. Ces animaux venaient de subir une opération qui est toujours assez grave pour produire chez eux beaucoup d'abattement. Ils sont pendant une heure ou deux exposés à toute l'action du poison, sans qu'aucun vomissement ait pu en expulser une partie et les soulager; et quand le contrepoison leur a été donné, ils n'ont reçu d'ailleurs aucun secours propre à atténuer les effets résultant de l'action directe de l'arsenic sur l'estomac, et de l'effet indirect qui a pu résulter de son absorption.

Dans le cours de nos recherches nous avons pu reconnaître que lorsque l'arsenic a été associé à des matières grasses, l'oxide de fer se montre moins efficace pour le cembattre.

Nous avons fait prendre à un chien barbet, douze grains d'acide arsénieux pétris avec une pâte de viande et de pain dans laquelle la graisse n'avait pas été épargnée. Immédiatement on introduisit par injection dans l'estomac la bouillie d'oxide de fer, et l'œsophage fut lié aussitôt. L'animal mourut le lendemain, vingt-quatre heures après l'empoisonnement.

La même expérience fut répétée sur un caniche qui prit dix-huit grains d'acide arsénieux. Il mourut trente heures après l'opération. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes que l'oxide de fer avait passé dans les intestins; l'estomac ne contenait qu'un liquide muqueux et des grains blancs qu'il nous fut facile de reconnaître pour de l'arsenic.

Il est probable qu'une partie de l'acide arsénieux, recouvert par une couche de matière grasse, a été défendue de l'action de l'hydrate de fer, et que lorsque celui-ci a été passé dans les dernières voies, l'arsenic qui est resté dans les premières voies a pu agir et hâter le moment de la mort.

Malgré que les expériences de M. Bunzen et celles de M Lassaigne aient démontré que l'acide arsénieux est absorbé rapidement par l'oxide de fer hydraté, nous allons cependant rapporter à ce sujet quelques observations qui ne sont pas sans intérêt.

Si l'on prend une dissolution froide qui contienne partie d'acide arsénieux et qu'on y ajoute douze parties d'oxide de fer hydraté récemment précipité, l'acide arsénieux est complétement et instantanément précipité à l'état d'arsénite de fer. C'est l'expérience de M. Bunzen.

Si l'on ajoute à la dissolution d'acide arsénieux, la quantité d'hydrate qui serait nécessaire pour former un arsénite neutre, une grande partie de l'acide arsénieux reste dans la liqueur et ne se précipite pas, quelque temps que l'on attende pour donner à la combinaison le temps de se faire. En augmentant successivement les quantités atomiques de l'hydrate, on voit les proportions d'acide arsénieux diminuer de plus en plus dans la liqueur, et il n'en reste plus de traces quand l'oxide de fer est en proportion cinq fois plus grande que dans l'arsénite neutre. Avec cette dernière proportion, la précipitation complète de l'acide arsénieux est presque instantanée.

Si au contraire on met l'acide arsénieux en poudre au milieu de la bouillie d'oxide de fer, l'effet est lent, quelle que soit d'ailleurs la proportion de l'oxide; l'action marche cependant d'autant plus vite que l'on entretient le mélange dans un état d'agitation qui renouvelle les surfaces. Il faut remarquer, que tant qu'il reste de l'acide arsénieux qui a échappé à la combinaison, et on le reconnaît facilement, parce que sa pesanteur spécifique le fait tomber au fond des vases où sa couleur blanche tranche sur la couleur rouge de l'oxide de fer; il faut, disons-nous, remarquer que, pas une parcelle d'acide arsénieux ne se trouve dans le liquide; aussitôt que l'eau a pu le dissoudre, aussitôt l'oxide de fer s'en empare et le précipite. Ces expériences dans les verres à réaction nous représentent fidèlement ce qui se passe

dans l'estomac où le poison ne peut se dissoudre et être absorbé tant qu'il est entouré par la bouillie d'oxide de fer.

L'hydrate d'oxide de fer dont nous nous sommes servis a toujours été obtenu par le procédé suivant :

Le sulfate de fer du commerce critallisé (le vitriol de Beauvais qui contient à peine du cuivre), a été mis dans une capsule de platine ou de porcelaine avec cinq ou six fois son poids d'eau ; quand la liqueur a été en ébullition, on y a ajouté par petites parties de l'acide nitrique jusqu'à ce qu'il cessât de se faire des vapeurs rutilantes. C'était pour porter l'oxide de fer au maximum d'oxigénation. Alors la liqueur a été étendue d'eau, et elle a étéprécipitée par un excès d'ammoniaque liquide. On a lavé le dépôt à plusieurs reprises par décantation. C'est le précipité bien lavé et mêlé à une quantité d'eau, qui lui donnait la consistance d'une bouillie claire, qui a servi à nos expériences. Si l'on était pressé de se procurer cet oxide, il vaudrait mieux jeter la matière précipitée sur une toile et laisser écouler la liqueur ; quelques lavages suffiraient pour débarrasser l'hydrate de l'ammoniaque et des sels ammoniacau.x

Comme l'hydrate doit être employé sous forme de bouillie claire, et qu'on ne pourrait le peser, il faut partir des données suivantes pour en déterminer le poids.

Une partie de sulfate de fer cristallisé donne presque exactement le tiers de son poids de peroxide de fer hydraté supposé sec.

La quantité d'oxide de fer qu'il faut décomposer pour avoir un poids d'hydrate douze fois aussi considérable que celui de l'acide arsénieux est de trente-six fois le poids supposé de cet acide.

Cette quantité d'hydrate est sans contredit bien supérieure à celle qui est nécessaire pour précipiter l'acide arsénieux, puisque, d'après nos expériences, il n'en faut qu'un peu plus de trois fois le poids de l'arsenic ; mais, comme celui-ci dans l'estomac est presque toujours en grande partie à l'état pulvérulent, il est sage de forcer les doses d'oxide, pour arriver plus certainement à entraver les accidens dans leur marche.

Nous avons essayé de nous servir de l'hydrate désséché à une douce chaleur ; puis, délayé dans l'eau : il avait pris de la cohésion, et se précipitait avec promptitude. Nous l'avons administré en cet état à un jeune boule-dogue ; mais le pauvre animal a terriblement souffert, et il est mort quatorze heures après avoir pris l'arsenic. Il est tout-à-fait indispensable de se servir d'hydrate qui n'ait pas été desséché, et cette substance devient l'un de ces médicamens précieux, que les pharmaciens devront à l'avenir avoir tout préparé dans leurs officines.

Si nous résumons les faits rapportés dans ce mémoire, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'opinion de M Bunzen, qui considère l'oxide de fer hydraté comme un excellent contrepoison de l'arsenic, est exacte ;

2° Que l'oxide de fer hydraté doit être employé en excès, par rapport à l'arsenic ;

3° Que l'acide arsénieux, en dissolution, est instantanément neutralisé et précipité par l'oxide de fer ;

4° Que tant que l'acide arsénieux pulvérisé, est en la présence de l'oxide de fer hydraté, délayé dans l'eau, ses effets sont complétement neutralisés ; mais qu'il recommence à agir, dès que l'oxide de fer vient à manquer ;

5° Que l'hydrate d'oxide de fer n'empêche pas la mort, quand il y a long-temps que l'arsenic a été introduit dans l'estomac ;

6° Que tant que l'on peut croire qu'il y a encore de l'acide arsénieux dans l'estomac, l'injection de l'hydrate de fer est avantageuse, non pour détruire les effets déjà produits, mais pour arrêter l'aggravation des accidens qui résulterait de la présence du poison ;

Si nous avions à porter secours à un homme empoisonné par l'arsenic, nous n'hésiterions pas à le gorger d'hydrate de peroxide de fer, délayé dans l'eau, pour arrêter immédiatement les effets du poison.

Nous laisserions pleine facilité de vomir ; nous exciterions même autant que possible les vomissemens, comme un moyen avantageux de débarrasser l'estomac des portions indissoutes d'acide arsénieux, sur lesquelles l'hydrate n'agit qu'avec lenteur ; enfin, tant que nous pourrions soupçonner la présence de l'acide arsénieux dans l'estomac, nous ferions prendre au malade de l'hydrate d'oxide de fer.

POMMADE OPHTHALMIQUE DU DOCTEUR CARRON DU VILLARDS, POUR LE TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE SCROPHULEUSE CHRONIQUE.

Axonge de foie de raie. . . .	1 once.
Cyanure de fer.	24 grains.
Cyanure de mercure.	8 grains.

Mêlez l'axonge aux cyanures, après avoir porphyrisé ceux-ci avec le plus grand soin ; aussitôt que le mélange est achevé, ajoutez :

Huile essentielle de laurier-cerise. . . 4 gouttes.

Pour préparer l'axonge de foie de raie, il suffit de prendre une suffisante quantité de foie de raie, de le fondre à un feu lent, de le piler avec soin, et d'en extraire par expression une huile épaisse, qui ressemble assez à l'huile de morue, à la différence, qu'elle se fige en refroidissant ; pour rendre cet effet plus prompt et plus durable, l'on ajoute une suffisante quantité de blanc de baleine ou de beurre de cacao.

Cette pommade est fort active ; il faut donc l'employer avec les précautions que l'on ne devrait jamais perdre de vue dans l'application des agens puissans, aux maladies des paupières et de la conjonctive palpébrale et oculaire. On ne saurait assez blâmer l'aveugle empirisme avec lequel quelques personnes emploient des onguens astringens, même escarrotiques, dans des ophthalmies qui tiennent non-seulement à des causes

opposées, mais dont les signes de diagnostic différentiel se révèlent par des caractères bien tranchés.

C'est pour cette raison qu'il faut commencer par employer la pommade dont nous donnons la formule à des doses légères et en la coupant avec un tiers de cérat : à mesure qu'elle produit son effet et que la conjonctive s'y accoutume, l'on augmente la dose du médicament.

N° DU 30.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES IDÉES SUR LE TRAITEMENT DE LA MANIE A BICÊTRE, DANS LES SALLES DE M. FERRUS.

On a beaucoup écrit sur la manie ; mais l'idée systématique, dominante du siècle, a imprimé son cachet à presque tout ce qui a été dit sur cette matière. L'enseignement clinique lui-même a intronisé l'irritation inflammatoire comme la cause des affections mentales ; et la portée de ce dogme a été désastreuse, comme le proclament aujourd'hui les hommes éminens qui ont consacré leur vie à l'étude et au traitement des déplorables infirmités de l'intelligence humaine, car les antiphlogistiques sous toutes les formes ont été à peu près le seul traitement appliqué à la manie. Des idées plus saines de thérapeutique dominent aujourd'hui sur ce point de la science. Nous sommes bien aise de donner à cet égard quelque retentissement aux belles leçons qu'a faites cette année M. Ferrus à l'hospice de Bicêtre, et de signaler les améliorations apportées dans les hôpitaux de Paris dans le traitement des aliénés.

Une fondation heureuse que nous avons à signaler est celle d'une maison de convalescence pour cette classe de malades ; le bienfait qui en résulte est immense ; et M. Ferrus a constaté qu'il obtient, par son secours, un grand nombre de guérisons qu'il n'aurait pu espérer sans elle. Nous dirons un mot de cette maison de convalescence, et, nous renfermant dans les limites étroites qui nous sont tracées, nous esquisserons ce que nous avons vu à Bicêtre dans les salles confiées à M. Ferrus, et ce que nous avons retenu de pratique sur la manie aux leçons de cet habile médecin.

La manie, a dit M. Ferrus, n'est pas une inflammation du cerveau ; car elle est distincte de la méningite et de l'encéphalite par l'absence de fièvre et la durée de la maladie ; mais il y a loin de cet état à l'état habituel du sujet. Avant que le cerveau ne soit matériellement altéré et ne contienne les désordres produits par sa perturbation prolongée, il peut être jeté dans une sorte d'érectilité qui suspend le sommeil, trouble l'exercice des facultés perceptives ; des paroles incohérentes en résultent : c'est là le délire maniaque.

Les causes prédisposantes, l'héridité fatale neuf fois sur dix, la bizarrerie du caractère, son irritabilité et sa facilité d'impression, le sexe, l'âge de trente-cinq à quarante-cinq ans, les chagrins domestiques ; ses causes déterminantes, qui sont l'exagération des précédentes, les émotions fortes, les chaleurs de l'été, les excès de tous les genres, sont décrits dans les auteurs avec assez de détail pour qu'il soit inutile de les reproduire ; mais ce qu'on ne peut y voir, c'est la physionomie de l'aliéné, ses allures diverses, la marche de la maladie, et l'influence des moyens de traitement sur une constitution fortement ébranlée dans sa résistance vitale par le trouble de l'innervation. A Bicêtre seulement, ou dans tout autre établissement de ce genre, il est possible d'observer combien les maladies accidentelles de l'aliéné diffèrent de celles qui atteignent l'homme dont la raison est intacte ; et si dernièrement on a fait la physiologie de l'aliéné, il serait utile aussi d'en faire la pathologie.

Chez l'aliéné la réaction fébrile est difficile, ou se maintient rarement assez long-temps pour que des moyens énergiques puissent combattre un mouvement fluxionnaire quelconque, quelquefois même, et c'est le cas de l'idiotie et de la démence, la réaction est nulle ; une prostration rapidement mortelle s'empare du malade.

Un tel état suffirait à lui seul pour jeter un grand jour sur la manie, et faire comprendre qu'elle n'est pas une exagération des forces nerveuses, mais bien leur perversion grave ; et que la chronicité de cette maladie abolit à la fois les facultés du sujet et le conduit à la démence.

De là découle le traitement : diminuer l'irritation cérébrale accidentelle, et rétablir par des moyens habilement combinés, l'état normal de la fonction. Rarement à Bicêtre on voit des aliénés en fureur ; leur délire général ou partiel est le plus souvent calme. Et ce n'est pas ce qui étonne le moins, quand on observe pour la première fois ; l'esprit encore frappé de la description de la manie aiguë tracée par Pinel, on croit que de toutes parts vont s'échapper des cris perçans, que chaque loge contient un furieux ; on est bientôt détrompé : presque tous ces hommes ont un délire tranquille.

Les paroxismes de la manie aiguë sont donc peu nombreux. Cependant, comme ils se rencontrent, il est utile de dire le traitement qui leur convient : avant de se décider à un moyen quelconque, on doit laisser passer quelques heures ; il est possible que pendant cet intervalle l'accès se termine de lui-même, et on n'a pas le regret d'avoir employé sur un sujet, débilité peut-être, tout l'appareil antiphlogistique. Si l'accès continue et se caractérise par beaucoup de loquacité sans embarras dans la langue, les paupières injectées, le pouls fort, beaucoup d'agitation, on doit faire une saignée du bras. Quand la maladie est ancienne et ne réveille pas dans l'économie tant de sympathies générales, les sangsues aux oreilles ou mieux encore au siége réussissent très-bien ; puis viennent les purgatifs et surtout les aloétiques, quand l'état de l'intestin le permet et qu'il y a tendance à la production d'hémorroïdes ; les bains tièdes qui aident l'action du purgatif, rétablissent

la perspiration cutanée, habituellement supprimée chez l'aliéné, et disposent au sommeil. Quelquefois les affusions sont utiles : l'eau de la baignoire étant à 24°, on lave le front et le visage avec de l'eau à 18°, ou bien on la verse sur la tête à une hauteur de deux à trois pieds, et pendant deux minutes. Ces affusions répétées ont souvent diminué la violence e l'accès, et amené un sommeil dont le malade est privé depuis long-temps.

Mais ce n'est pas tout que de calmer un maniaque en fureur ; il se réveille et retrouve son délire ; cette fois il est tranquille. Une seconde indication reste à remplir, plus difficile et plus complexe. La maladie est chronique, le trouble des facultés est général ou limité ; dans ce dernier cas surtout, qui laisse le pouvoir de suivre une série d'idées et à l'attention le temps de se fixer, on remarque la conviction profonde qui caractérise ce délire ou les hallucinations qui l'accompagnent. C'est cette conviction qui fait les martyrs de toutes les causes.

On aurait tort de penser que le raisonnement ou l'ironie moqueuse peuvent éclairer l'aliéné et le faire départir de sa croyance : jamais ce moyen n'a réussi ; il vaut mieux entrer dans son sens et parler comme lui. Le traitement commencera d'abord par le changement de lieu ; dominer le sujet par une volonté nouvelle, ferme et équitable, semble la seule condition hors de laquelle tout est sans succès. M. Ferrus cite l'exemple d'une dame atteinte de manie partielle, chez laquelle on vit le délire cesser le lendemain de son entrée dans une maison de santé ; ramenée dans sa famille, le délire recommença ; il fallut la reconduire dans cette maison ; tant est grande d'une part l'influence du déplacement, et de l'autre celle du retour dans le même lieu où la folie a pris naissance !

Si donc il est constant que la manie chronique consiste dans une dépense irrégulière des forces nerveuses, on a dû essayer de rappeler l'état normal en développant de préférence le système musculaire. Cette idée bien connue et depuis long-temps mise en œuvre avec succès dans les maisons de santé particulières, vient d'être réalisée pour les hôpitaux de Paris dans une *maison de convalescence*, où les aliénés tranquilles sont conduits, et se livrent à des occupations de toute espèce : des travaux de terrain, des cultures variées et pénibles, le blanchiment des toiles les occupent assidûment ; le régime alimentaire y est substantiel et de bonne qualité. Quand vient le soir, tous ces hommes fatigués de travaux auxquels la plupart étaient étrangers, se retirent dans leur dortoir, après un repas en commun, et dorment d'un bon sommeil ; cependant, quelque réparateur qu'il soit, ce repos peut être troublé par des hallucinations habituelles au malade : celui-ci entend des voix, celui-là voit des fantômes qui le poursuivent. Ces hallucinations le tourmentent aussi pendant son travail, presque toujours jointes à la manie et surtout à la monomanie ; on les rencontre, au rapport de M. Esquirol, quatre-vingt-dix fois sur cent. Les sens les plus sujets à s'halluciner sont par ordre de fréquence : l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût, le toucher.

Les avantages de cette maison de convalescence se font d'abord remarquer par le changement presque soudain qui s'opère dans la constitution du sujet. M. L..., médecin d'une imagination rapide, d'une stature grêle, s'occupait assiduement d'un procès qu'il avait la certitude de gagner, et pour lequel lui, qui n'avait jamais écrit de sa vie, fit un long Mémoire, travaillant jour et nuit sans sortir de son lit, et ne vivant que de café. Sa plume ne courait pas assez vite, tant sa pensée était féconde ; bientôt cette contention exagérée de l'esprit amena le délire et des hallucinations. Conduit à Bicêtre, M. L... fut envoyé, après quelques jours de traitement, à la maison de convalescence, le travail corporel acheva la guérison en développant le système musculaire, produisant le sommeil et rétablissant les fonctions digestives.

Mais il est rare de voir la manie se terminer aussi promptement, plus elle est ancienne, plus elle est tenace. Cependant ce traitement hygiénique long-temps continué donne d'heureux résultats. A Bicêtre, on guérit plus de la moitié des maniaques purs, abstraction faite des épileptiques. Une si forte proportion n'existe pas à Charenton et à la Salpêtrière, et bien moins encore dans les hôpitaux ordinaires, où la folie, considérée comme une irritation du cerveau, est traitée par des antiphlogistiques énergiques et prolongés. Cette différence doit être attribuée à l'influence de la maison de convalescence de Bicêtre ; et même ne guérirait elle que peu de malades, son action serait encore toute puissante pour empêcher le repos et l'oisiveté, précurseurs de l'obésité, qui mène bientôt à la démence. Cette oisiveté, ou plutôt cette liberté de conduite et de direction de volonté est plus nuisible à certaines classes d'individus que la domination. Cette cause doit être comptée parmi celles qui disposent à la manie les ouvriers des villes, les tailleurs, les cordonniers, tandis que, suivant M. Ferrus, on a vu à peine quelques exemples de folie dans les rangs de la garde impériale, alors même qu'elle était découragée par toutes les privations et les désastres de la chute de l'empire. Mais aussitôt que ces militaires ont été licenciés, l'aliénation s'est déclarée parmi eux. Serait-ce que les facultés de ces hommes, liées entre elles par une volonté supérieure se disjoignent et se soustraient à l'action du jugement, impuissant qu'il est pour les retenir, dès que cette volonté n'existe plus ? Quoi qu'il en soit de cette observation, toujours est-il que l'indication qu'on peut en tirer se trouve remplie dans ce qu'on voit à la maison de convalescence confiée à la direction éclairée de M. Ferrus.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'EMPLOI DES FEUILLES DE PLOMB DANS LE PANSEMENT DES PLAIES ET ULCÈRES EN VOIE DE GUÉRISON.

(Deuxième article.)

Emploi des feuilles de plomb ; leurs avantages.

Le mode de pansement par les feuilles de plomb me

paraît beaucoup plus propre à atteindre le but qu'on se propose : la cicatrisation. Ce pansement consiste à appliquer sur une *plaie en voie de cicatrisation,* d'une médiocre étendue, une feuille de plomb, dont l'épaisseur et la grandeur sont déterminées par la largeur même de la plaie et par certaines circonstances dont il sera parlé plus bas. Cette feuille de plomb est maintenue en place par des compresses et une bande, ou bien par des bandelettes de sparadrap, lorsque le bandage contentif ne peut suffire. J'ose l'affirmer, il n'est pas de mode de pansement plus simple, plus expéditif, plus commode, et surtout plus convenable. La mollesse, la flexibilité du plomb, la facilité de lui donner toute espèce de forme, de le découper comme un morceau de linge, en rendent les applications singulièrement aisées. Quant à son innocuité dans ce cas, nous ne pensons pas qu'on puisse la mettre en doute. Le protoxide de plomb, ou litharge n'est-il pas employé depuis long-temps pour favoriser la cicatrisation de certaines plaies? Cependant il ne faut pas croire que la feuille de plomb agisse comme la substance dont nous venons de parler, et par une qualité en quelque sorte spécifique ; son action est toute mécanique. Une preuve évidente qu'il en est ainsi, c'est que j'ai exactement obtenu les mêmes effets avec des feuilles d'étain, d'or ou d'argent. Mais la ductilité du plomb, jointe à la facilité de s'en procurer à peu de frais, doivent le faire préférer.

Si nous énumérons tous les avantages de cette méthode de pansement, nous trouvons d'abord qu'il n'est plus besoin de recourir aux corps gras; à quoi pourraient-ils servir? Il ne s'agit plus ici d'adoucir, de calmer l'irritation, de faciliter la suppuration ; c'est la cicatrisation qu'il faut se hâter d'obtenir. Comme il n'y a pas d'adhérences sur les bords de la plaie à redouter, l'usage des bandelettes graissées de cérat est tout-à-fait inutile. Cette non adhérence de la substance qui couvre la plaie aux bords de cette même plaie est un avantage singulièrement remarquable dans beaucoup de circonstances ; car, outre que la douleur est nulle à chaque pansement, que le déchirement de la cicatrice commençante n'est pas à craindre, les bords de la plaie sont constamment nets, propres, dégagés de croûtes, de débris d'onguent et de charpie, qu'on n'enlève que difficilement, quand on fait le pansement d'après le procédé ordinaire.

Je ne me propose nullement de charger ce mémoire d'observations particulières ; je citerai néanmoins quelques cas, pour donner aux préceptes plus de développemens et de clarté. M. de S... s'était blessé au talon en descendant un escalier, et la petite plaie ne se cicatrisait point. L'onguent de la mère, le cérat, le diachylon, produisaient de l'irritation, et, par suite, du gonflement et de la douleur. Le malade étonné, indigné, selon son expression, de voir une pareille blessure le retenir si long-temps, se servit du charpie fine, d'abord sèche, puis enduite de cérat; mais ce fut bien pis : la charpie adhérant au bord, le pus séjournait, et la plaie, loin de guérir, augmentait en profondeur. Je fus appelé ; après avoir examiné l'état des choses, je ne craignis pas d'assurer une guérison très-prochaine. Ayant appliqué une légère feuille de plomb sur la plaie, je la maintins au moyen de petites bandelettes de sparadrap. Ce pansement si simple, renouvelé pendant quelques jours, suffit pour amener une prompte guérison.

Cette facilité de pansement, en se servant de feuilles de plomb, est très-remarquable. En effet, rien de plus prompt, de plus commode que ce mode de pansement. Ajoutons que de cette manière on peut en toute sûreté diminuer la fréquence des pansemens ; car on n'a plus à craindre ni la chaleur, ni l'humidité de la plaie, si favorables à la décomposition de la matière cicatrisante, ni l'irritation prurigineuse des corps gras dont j'ai parlé. On peut encore signaler cet avantage comme un des principaux.

Il est dès-lors aisé de présumer combien, avec ce mode de pansement, le travail de la cicatrisation est hâté, par le motif suivant, que ce travail n'est point interrompu. La nature, qui ne s'arrête ni ne se détourne jamais de ses opérations quand rien ne la contrarie, ne tarde pas à guérir toute plaie où les ressources de l'art sont combinées pour atteindre ce but, écarter constamment les obstacles à la cicatrisation ; et jamais peut-être on ne voit ce même travail avec plus d'évidence que quand on se sert du procédé objet de ce mémoire. Il faut y recourir, si l'on veut observer avec soin les phénomènes qui ont lieu dans cette circonstance.

A ces avantages de la feuille de plomb pour le pansement, n'oublions pas d'en ajouter un autre ; c'est que l'infection miasmatique n'est jamais à craindre ici comme il arrive quelquefois en se servant de charpie ancienne, suspecte et avariée. Enfin un autre avantage non moins incontestable, c'est l'économie. L'avantage sera d'autant mieux senti, je le répète, que le prix de la charpie de bonne qualité augmente chaque jour. C'est maintenant un objet si dispendieux pour les grands établissemens, qu'on cherche à diminuer les frais de cet approvisionnement. Le moyen que j'indique est aussi simple que certain. La même feuille de plomb, point trop mince, peut non-seulement être employée jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie, mais il est possible de s'en servir pour les autres blessés, la seule précaution à prendre étant de la nettoyer et de lui donner un léger poli (1).

Tels sont les avantages de ce mode de pansement, que je propose de substituer à l'ancien, où la charpie tient toujours le premier rang. Ces avantages sont d'ailleurs démontrés, non-seulement par les nombreuses applications que j'ai faites de ce procédé, mais encore par beaucoup de praticiens qui l'ont employé depuis la publication de mon premier mémoire, en sorte que l'ex-

(1) Lors de la lecture de mon premier Mémoire à l'Académie de Médecine, j'ai fait voir qu'on pouvait, avec 50 cent. de plomb laminé, panser de soixante à quatre-vingt blessés.

périence et la théorie sont ici pleinement d'accord: c'est là, pour le dire en passant, un privilége spécial de la chirurgie. En médecine, prenant quelquefois l'écho de sa propre voix pour celle de la nature, on établit une théorie, un système fixe, autour duquel on fait tourner et on ramène de force les faits, les observations et les expériences. Avec de l'esprit, de l'adresse, de l'opiniâtreté, un certain argot néologique, on peut fasciner, entraîner même sans convaincre beaucoup, et prouver encore moins. Il n'en est pas de même en chirurgie; le fait est toujours patent et incontestable, le résultat aussi prompt qu'évident. Il n'y a point ici des *en cas* de vérité à opposer aux faits de pratique qui combattent tel ou tel procédé; il n'y a qu'à voir, toucher et faire.

Circonstances où l'application des feuilles de plomb peut avoir lieu.

Lors de la publication de mon premier mémoire, quelques chirurgiens, persuadés que l'emploi des feuilles de plomb n'avait été proposé que pour les ulcères, n'y eurent recours que dans cette circonstance et n'obtinrent que peu ou point de succès. Mon but était tout différent. D'après le titre donné à ce travail, il est aisé de conclure que les plaies ou les ulcères en voie de cicatrisation, c'est-à-dire les plaies qui sont larges, superficielles, rouges, grenues, sans douleur, couvertes de la couche fibrino-purulente dont il a été question, entourées d'un cercle rose foncé, sont celles qui doivent être pansées et cicatrisées à l'aide de la feuille de plomb. Ce pansement peut n'être renouvelé que tous les deux ou trois jours, d'après l'abondance de la suppuration ou l'irritabilité de la plaie.

Au contraire, lorsqu'une plaie est profonde, qu'elle ne présente aucune des conditions favorables à une cicatrisation prochaine, s'il y a douleur par quelque cause que ce soit, si la suppuration est abondante, si la plaie est entretenue par un virus, et qu'on juge convenable de l'attaquer par des applications locales, des cataplasmes, par exemple, je ne pense pas que cette méthode puisse obtenir du succès; au moins tel a été le résultat de mes essais répétés. Toutefois, il convient d'y revenir aussitôt que les obstacles à la cicatrisation étant écartés, la solution de continuité tend visiblement à la guérison. Malgré l'espèce d'extension donnée à une foule de cas, on peut présumer cependant que ce mode de pansement comprend la très-grande majorité des plaies; je dirai plus, il est des cas où il réussit quoique d'une manière différente de celle dont nous avons parlé jusqu'à présent. Par exemple, dans certains abcès de plusieurs tumeurs enkistées, après avoir évacué le fluide par une ouverture d'un petit diamètre, et par l'application d'une ventouse à piston, le pansement a consisté dans la simple application d'une assez forte lame de plomb sur les parois de l'abcès. Cette application, soutenue par un bandage convenable, a suffi pour déterminer en peu de temps l'adhésion de ces parois et obtenir une prompte guérison; mais ces faits s'éloignant de notre sujet, je les néglige momentanément.

Ainsi, toutes les fois qu'une plaie sera ramenée à l'état de plaie simple, et que la cicatrice se fait après avoir détruit les obstacles qui pouvaient nuire à sa formation, la méthode proposée ici est préférable à toute autre, et le succès en est assuré. Cependant, les plaies larges et superficielles m'ont paru être celles où ce mode de pansement est le plus convenable. Les brûlures en sont un exemple remarquable : si elles sont légères, on peut y recourir sur-le-champ; lorsqu'elles sont profondes, il faut attendre que les accidens soient passés, et que la suppuration ait diminué; toutes guérissent en superposant à la plaie une feuille de plomb, pansement que l'on renouvelle à des intervalles plus ou moins longs. Il en est de même de certaines plaies de vésicatoires chez les sujets irritables, et à la suite de longues maladies. Beaucoup de praticiens ont remarqué que la plupart de ces malades ne supportaient que difficilement l'application de la charpie, des bandelettes ou des emplâtres fenêtrés, enduits de cérat, sur la surface ulcérée par l'épispastique. Chaque pansement est accompagné de tiraillemens, de douleurs vives; la plaie saigne plus ou moins abondamment, quelquefois même la fièvre et l'insomnie sont les résultats de ces pansemens douloureux, qui toujours retardent la cicatrisation. Une simple feuille de plomb, qu'on relève plus ou moins souvent, remédie à tous ces accidens.

Ce pansement réussit également dans les plaies situées sur certaines parties, où la cicatrisation est assez difficile à obtenir; par exemple, au coude, sur la crête du tibia, aux malléoles et sur le tendon d'achille. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait éprouvé combien de petites plaies sur ces parties lui ont quelquefois donné d'embarras, et même de soucis pour les cicatriser promptement. Le nouveau mode de pansement atteint le but avec certitude.

Les ulcères dartreux, et en général toutes les espèces de dartres et d'érysipèles qui *suppurent*, ne guérissent pas par ce moyen; mais se trouvent bien de cette méthode de pansement, quand d'ailleurs on ne veut faire aucune application tonique, ou bien lorsqu'on emploie continuellement des lotions médicamenteuses. L'expérience a démontré qu'il est des plaies avec perte de substance musculaire qu'aucun moyen ne peut cicatriser; la feuille de plomb ne m'a pas paru avoir, dans ce cas, plus de succès que les autres méthodes; mais les pansemens faits de cette manière sont infiniment plus prompts et plus commodes qu'avec la charpie. Ces avantages sont plus grands qu'on ne croit dans ces sortes de plaies qu'on recouvre ainsi d'une espèce de tégument protecteur, substitué au tégument naturel.

Personne n'ignore que les larges cicatrices se déchirent avec la plus grande facilité, et que la guérison ne s'obtient ensuite que lentement, soit à cause du peu de vitalité de la partie, soit par tout autre motif. C'est ici qu'on remarque tous les inconvéniens de la charpie et du cérat. En effet, à chaque pansement, on enlève la tendre cicatrice à peine formée sur l'ancienne : de là ce renouvellement perpétuel d'une plaie qu'on finit quelquefois par déclarer incurable; mais comme cet incon-

vénient disparaît par l'emploi d'une feuille de plomb, la guérison a lieu, quoique toujours plus longue à obtenir que dans les autres cas. Bien plus, quand la cicatrice est formée de nouveau, on peut la rendre plus ferme, en la laissant recouverte par la feuille de plomb ; il est rare qu'elle se déchire de nouveau sous cet abri.

Il est aussi une espèce de plaie où l'on retrouve pleinement les avantages que j'ai signalés dans ce nouveau mode de pansement : ce sont les plaies, les ulcères, les érosions qui surviennent aux extrémités œdémateuses et engorgées par quelque cause que ce soit. Bien certainement l'observation des faits a démontré ici l'insuffisance et, j'ose le dire, le danger des pansemens avec la charpie et les onguens : le mal s'aggrave inévitablement par l'emploi de ces moyens. Peut-être objectera-t-on qu'en les secondant par la compression, on finit par obtenir la guérison ; mais il est aisé de répondre, 1° que la compression ne diminue en rien les inconvéniens de l'application immédiate de la charpie et des corps gras ; 2° que cette compression n'est pas toujours possible ; 3° que le nouveau mode de pansement, loin de mettre obstacle à l'emploi de la compression, en favorise au contraire les bons effets. L'expérience m'a souvent prouvé la vérité de ces assertions. Le cas suivant, en est une preuve démonstrative. M. le baron L..., conseiller à la Cour de cassation, d'un tempérament vigoureux, mais fatigué par l'âge et les travaux du cabinet, fut atteint d'un engorgement chronique du foie. La maladie dura long-temps, et elle finit par une hydropisie ascite qui termina les jours de M. L... Pendant le cours de cette longue affection, il y eut de l'enflure aux jambes, même bien avant qu'il s'y manifestât une véritable infiltration séreuse; la peau, devenue rouge, mince, sensible, s'excoriait très-souvent, d'où résultaient des plaies d'une difficile guérison. De simples bas de laine fine, dont pourtant le malade ne pouvait se passer, occasionaient, par le frottement, l'accident dont nous venons de parler; de sorte que les deux jambes du malade étant couvertes de plaies ulcérées, aggravaient singulièrement sa triste position. La charpie la plus fine, le cérat le plus frais, le pansement le plus doux, ne firent qu'empirer le mal ; on essaya la compression, mais en vain : le malade ne put la supporter ; il fallut y renoncer. M. L... ayant alors réclamé mes soins, je me contentai de placer les jambes horizontalement, de couvrir les larges excoriations de la peau avec des feuilles de plomb très-minces, et de les contenir au moyen d'un bandage médiocrement serré. La guérison ne tarda pas à être complète. Chaque fois qu'il se formait de nouvelles plaies, j'avais recours au même moyen, et toujours avec succès.

Il est de très-jeunes enfans chez lesquels les vésicatoires s'ulcèrent avec une grande facilité; la plaie s'étend rapidement, sans que rien en puisse limiter les progrès. Le beurre frais, le cérat, les lotions avec l'eau de Goulard, substitués à la pommade épispastique, n'ont souvent aucun succès ; mais une feuille le plomb amène ordinairement la guérison en peu de temps. Un agréé au Tribunal de commerce me fit appeler pour un de ses enfans auquel on avait appliqué un large vésicatoire au bras, pour une bronchite chronique. Le vésicatoire s'était tellement étendu, malgré ce qu'on avait fait pour s'y opposer, que le bras était presque entièrement excorié ; il y avait des douleurs vives, de l'irritation, de l'insomnie, etc. Je couvris toute la plaie d'une large feuille de plomb très-mince, qu'on n'enleva que le lendemain, et la guérison eut lieu en peu de jours. Souvent il arrive encore qu'après avoir établi un cautère, on ne peut l'entretenir chez certains individus, à cause de la trop grande irritabilité du système cutané, ou par toute autre cause souvent inappréciable. Une rougeur érysipélateuse se manifeste autour de la plaie, et cette rougeur semble s'augmenter sous l'influence de la feuille du lierre, du papier à cautère, etc., qu'on emploie dans ce cas; l'application plus ou moins prolongée d'une feuille de plomb légère arrête en peu de temps les accidens. J'en ai vu plusieurs exemples que je citerais si je ne craignais d'augmenter l'étendue de ce travail.

Quant aux ulcères proprement dits, on ne peut guère employer la feuille de plomb que sous le rapport de l'économie, mais non pour hâter la cicatrisation, attendu que les ulcères sont entretenus par une cause spéciale, soit locale, soit générale, qu'il faut détruire. L'ulcère variqueux est peut-être le seul contre lequel ce moyen ait le plus de succès, surtout quand on le combine avec la compression. C'est aussi dans ce cas que M. le professeur Marjolin dit avoir employé la feuille de plomb avec succès (Dict. de médecine, en 21 volumes, art. *Ulcère*), Quelques praticiens ont avancé qu'ils préféraient à l'emploi des feuilles de plomb pour la guérison des ulcères, la méthode de Baynton, c'est-à-dire par les bandelettes agglutinatives. A cela, je réponds : 1° que cette dernière méthode et celle des feuilles de plomb ne s'emploient pas dans les mêmes circonstances, et on en sentira facilement les raisons par ce qui a été dit précédemment ; 2° qu'il est des cas où la méthode de Baynton est tout-à-fait impraticable ; par exemple, lorsqu'une jambe est fortement infiltrée, engorgée, et cependant ulcérée en plusieurs endroits, ou bien lorsque l'ulcère est placé à toute autre partie qu'aux extrémités.

Au reste, c'est au praticien, jaloux de sortir des voies de la routine scolastique, à juger et à préciser les cas où l'utilité de la feuille de plomb lui paraît probable ou démontrée. Quand on a le coup d'œil qui discerne, la sagacité qui prévoit, la fermeté d'esprit qui ose, c'est-à-dire ce qui constitue le vrai praticien, on arrive toujours au but, parce qu'on n'emploie un procédé de guérison que dans les circonstances exigées pour sa réussite. Maintenant, pour terminer, il convient de suivre la marche et les périodes d'une solution de continuité aux parties molles, depuis l'instant de la blessure jusqu'à l'entière cicatrisation.

Du mode de pansement par les feuilles de plomb.

Me renfermant toujours dans le cercle de mon sujet,

celui des applications locales, j'en tracerai les règles d'une manière générale, en suivant le développement des phénomènes d'une solution de continuité quelconque.

Je suppose donc une plaie contuse assez grave, à une extrémité; après en avoir examiné avec soin la profondeur et l'étendue, s'être assuré qu'il n'existe ni fracture, ni luxation; après avoir enlevé les corps étrangers, s'il y en a, il faut procéder au dégorgement, soit en laissant la blessure saigner assez long-temps, soit par quelques incisions, mais surtout par l'application plus ou moins répétée d'une ventouse à piston. Ce dernier moyen favorise singulièrement la réunion par première intention, quand elle est possible, et facilite la guérison dans les autres plaies. Le dégorgement fait et complet autant que possible, la congestion inflammatoire subséquente doit être combattue et affaiblie; on y parvient à l'aide de compresses trempées dans l'eau froide ou l'eau végéto-minérale, avec addition ou non de laudanum, d'après l'intensité de la douleur ou la susceptibilité du sujet. L'inflammation déclarée, il ne reste plus qu'à modérer l'excitation organique, à ralentir le mouvement fluxionnaire; tous les praticiens ont recours alors, et avec raison, aux émolliens sous la forme de cataplasmes, de fomentations ou embrocations; et ce genre de médication est continué jusqu'à l'entier établissement de la suppuration. On distinguait autrefois deux temps dans cette période : la suppuration *préparante*, lorsque le pus était séreux et cru, selon le langage de l'époque; puis la suppuration *consolidante*. Peut-être doit on regretter que cette distinction soit abandonnée aujourd'hui, parce qu'elle est juste et fondée sur l'observation des faits. Pendant la durée de la première, j'insiste sur l'emploi des cataplasmes, des plumaceaux enduits de digestif, de cérat simple et autres moyens analogues; mais aussitôt que la seconde période a lieu, j'abandonne toute application de charpie, toute espèce de médicament gras et onctueux, pensant avec Ledran (*Plaies d'armes à feu*, p. 76), « que ce ne sont pas les médicamens introduits dans une plaie qui la guérissent; et l'on peut dire même à la rigueur, que tout ce qu'on y met, soit charpie, soit médicament, y est un corps étranger. » C'est alors que j'ai recours à la feuille de plomb, d'après les règles dont il a été question précédemment. Cette application est continuée jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie, et même quelque temps après, pour donner à la cicatrice un degré convenable de consistance et de solidité. Je le répète, on peut ne renouveler ce pansement que tous les deux, trois ou quatre jours, selon l'abondance de la suppuration. N'est-ce pas souvent sacrifier au préjugé que de faire le contraire? Si l'indication se présente de comprimer légèrement la plaie, on peut se servir d'une lame de plomb un peu épaisse, toutefois avec mesure; car le poids du métal fatigue beaucoup le malade. Lorsque, malgré ce moyen, l'hypersarcose continue, que les chairs sont molles, un peu fongueuses, enfin que la plaie reste stationnaire et prend le caractère atonique, la décoction de roses de Provins dans le vin rouge, du *gros de vin austère*, selon Paré, ce qui est bien supérieur à la décoction miellée de feuilles de noyer tant vantée par Belloste, la solution de chlorure de soude à un dégré convenable, et surtout la solution légère de nitrate d'argent, comme l'a proposé depuis long-temps Richard Walker, chirurgien anglais, enfin l'application plus ou moins réitérée de ce dernier caustique, sont les moyens qui m'ont certainement réussi. Au reste, cette médication, faisant partie du traitement général, sort de mon objet et m'oblige à ne pas entrer dans de plus grands détails. La seule observation sur laquelle j'insiste, est d'activer l'énergie vitale de la plaie, jusqu'à son entière cicatrisation.

Les chirurgiens qui, depuis la publication de mon premier Mémoire, ont employé les feuilles de plomb dans les pansemens des plaies simples, avec les précautions que je viens d'indiquer, ont obtenu de constans succès. Je pourrais en citer beaucoup, mais je me contenterai seulement de rappeler que M. Yvan, alors chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides, y eut recours avec succès en 1827 et 1828 (voyez *Gazette de santé*, 1828, p. 63); non-seulement ce chirurgien distingué a employé les feuilles de plomb dans les cas que j'avais indiqués, mais il s'en est servi pour combattre avec avantage la gangrène nosocomiale (pourriture d'hôpital); quant à moi, j'avoue que, n'ayant point employé contre cette grave affection la méthode dont il est question, je ne puis en parler avec certitude.

Sous le rapport de l'économie, objet important dans un grand établissement, M. Yvan assure que les feuilles de plomb lui ont paru un moyen très-précieux. Chaque invalide blessé était pourvu de deux de ces feuilles; l'une que l'on appliquait le jour même sur la plaie, ce qui constituait le pansement du jour; l'autre qui, ayant servi, était confiée au malade pour la nettoyer, la frotter légèrement, afin qu'elle servît au pansement du lendemain.

Quant au moyen de se procurer du plomb laminé, de toute grandeur, de toute épaisseur, rien de plus aisé et de moins coûteux, en s'adressant à une manufacture de ce genre de produits; les potiers d'étain peuvent aussi en fournir aisément; enfin, dans les cas les plus ordinaires, le premier morceau de plomb qui tombe sous la main, qu'on applatit ensuite de manière à le rendre doux, poli, malléable, facile à couper avec des ciseaux, peut très-bien servir à ce pansement.

Objections et réponses.

Ainsi que je l'ai déjà remarqué, il n'est pas aussi facile en chirurgie qu'en médecine, de fasciner, à l'aide d'une théorie subtile, d'assertions ou de formules paralogistiques. En chirurgie, le progrès se constate par le fait et par le chiffre; il y faut voir et *étudier des mains*, selon l'expression d'un homme d'esprit. Cependant l'insouciance, le préjugé ont aussi leurs parts en chirurgie; il y a des tard-voyans dans cette branche de nos connaissances, comme dans les autres, et je pourrais en citer maint exemple. Il est aussi des objections qui,

faites de bonne foi, discutées de même, éclaircissent bien des questions. C'est à ce genre de sage critique que j'ai à répondre, et je le ferai toujours d'après les faits et la pratique.

Ire *Objection.* Ce procédé n'est pas nouveau. J'ai déjà fait remarquer, dans mon premier Mémoire, qu'on avait trouvé dans les ruines de *Pompéi* des *sondes droites*, objet récent d'une assez vive dispute : j'ai cité aussi deux passages, l'un d'Ambroise Paré, l'autre de Gui de Chauliac, sur les bons effets d'un lamine de plomb frotté de vif-argent et de la ligature *spraignante* (compression). Je n'ai donc pas besoin de répondre davantage à cette frivole objection. Faire quelques plongeons dans le fleuve d'oubli pour en retirer des vieilleries, répéter ce qui est connu et bien connu, copier quelques récettes dans un vieux formulaire, etc., mérite assez peu d'attention ; mais il n'en est pas de même lorsqu'un procédé, en germe le plus souvent chez les anciens, est mis au jour, développé, agrandi par l'expérience et de nouveaux faits. A vrai dire, on trouve dans Franco et autres chirurgiens, quelques idées sur la lithotritie ; dira-t-on pour cela qu'ils en sont les auteurs, et que les chirurgiens modernes ne sont que leurs plagiaires. Cette thèse serait insoutenable.

IIe *Objection.* La feuille de plomb fatigue la plaie par son poids et par ses plis. Quand cette feuille est bien choisie, ni trop mince ni trop épaisse, cet inconvénient n'est pas à craindre; et quand il aurait lieu, il n'entraînerait aucun accident grave.

IIIe *Objection.* Cette feuille se déplace et se déchire facilement. Il est certain que si elle n'est pas fixée avec soin, la feuille de plomb glisse sur la surface de la plaie; mais c'est un inconvénient commun à toutes les pièces d'appareil dont on se sert pour les pansemens, et c'est précisément dans le mode régulier méthodique de leur application, que consiste le véritable art des pansemens. Un point essentiel est de faire ensorte de bien fixer la feuille de plomb, de la choisir de manière à ce que, sans être trop épaisse, elle offre assez de consistance pour ne point se déchirer au moindre effort. Ce n'est pas qu'on ait à craindre un accident de quelque valeur; mais on n'atteindrait que tardivement le but, car les compresses, pénétrées par le pus de la plaie, occasionnent ensuite des adhérences plus ou moins douloureuses, lors du pansement subséquent. J'ai vu plusieurs personnes recourir aux feuilles d'étain très-légères qui enveloppent les tablettes de chocolat; mais ces feuilles ont rarement assez de consistance, même en les doublant et quadruplant, pour qu'on puisse les employer plusieurs fois de suite. Le seul cas peut-être où leur usage est indiqué, est celui d'une légère excoriation qui n'exige ensuite aucun pansement; le papier brouillard qu'on emploie alors, a l'inconvénient d'adhérer plus ou moins fortement à la petite plaie.

IVe *Objection.* La substance métallique dont il s'agit n'excite pas la plaie comme la charpie. Cet excitement est-il bien nécessaire? a-t-il réellement lieu? Lorsque le travail de la cicatrisation s'arrête, que la plaie reste stationnaire, couvrez sa surface de charpie, de linge ou de plomb, l'énergie vitale ne se réveille pas davantage; il faut des moyens plus actifs ; et, parmi ces moyens, le nitrate d'argent tient le premier rang. C'est ce dont je me suis assuré nombre de fois, par des essais comparatifs sur les deux modes de pansement dont il s'agit.

Ve *Objection.* La feuille de plomb n'absorbe pas l'humidité de la plaie, ce qui nuit à la prompte cicatrisation de celle-ci. Cette objection est plus importante que les précédentes. Je fais d'abord remarquer que j'ai insisté sur ce point, que le plomb laminé ne convenait pas dans les plaies profondes, étendues, et dont la suppuration est abondante, alors la charpie est préférable. Encore une fois, le plomb n'a de succès que quand la plaie tend à se cicatriser, que le diamètre en est rétréci, la suppuration diminuée; et pourtant il est des chirurgiens qui ont eu recours, même dans les cas de suppuration abondante, à la feuille de plomb; mais en y pratiquant de nombreuses piqûres, à l'aide d'une grosse épingle. Cette modification est des plus heureuses, en ce qu'elle permet d'employer ce nouveau mode de pansement dans des cas plus graves que je ne l'avais pensé.

Telles sont les objections faites à la méthode que je propose pour le pansement des plaies simples. Examinées avec impartialité, appréciées à leur juste valeur, on voit à quoi elles se réduisent. D'un autre côté, les avantages de cette méthode sont aussi évidens qu'incontestables : d'abord, une économie très-sensible dans le prix des objets ; puis, simplicité, propreté, commodité, promptitude des pansemens, progrès journaliers et faciles à saisir, de la cicatrisation; ajoutons encore : absence de toute douleur, de prurit incommode, de rougeur érysipélateuse, parce qu'il n'y a ni adhérence des bandelettes ou de la charpie au bord de la plaie, ni emplâtre, ni onguent d'une rancidité insupportable. Voilà ce qu'ont observé les chirurgiens qui, nullement dominés par la routine traditionnelle ou le *more majorum*, ont adopté les pansemens par la feuille de plomb, dans le désir de guérir leurs blessés, le mieux, le plus promptement et le moins chèrement possible. Je termine en faisant des vœux pour que ce mode de pansement devienne général dans les hôpitaux et les établissemens publics ; l'humanité, l'art et l'administration y gagneront également.

Reveillé-Parise.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

DÉCEMBRE 1834.

RECHERCHES

Sur la nature des combinaisons décolorantes du chlore;
Par M. Balard, de Montpellier.

Extrait par M. Félix Boudet.

Le nouveau mémoire que M. Balard vient d'achever forme l'objet d'une brochure volumineuse. L'importance du sujet, et la supériorité avec laquelle il a été traité nous font regretter vivement de ne pouvoir en donner qu'un extrait à nos lecteurs; nous espérons toutefois ne passer sous silence aucune des observations saillantes qu'il renferme.

Le préambule offre un exposé rapide des nombreuses applications industrielles et hygiéniques, auxquelles le chlore et ses combinaisons décolorantes ont donné lieu.

Le premier paragraphe est consacré à une discussion consciencieuse des idées diverses qui ont été émises sur la nature encore incertaine de ces combinaisons. Nous ne reproduisons ici ni cet exposé, ni cette discussion, dont les élémens sont connus; et nous passons immédiatement à la description des procédés, à l'aide desquels M. Balard est parvenu à préparer l'acide chloreux.

Ce n'est qu'après bien des tentatives infructueuses qu'il a obtenu cet acide, qu'on avait recherché sans succès jusqu'à lui. En admettant, dit-il, que les prétendus chlorures d'oxide ne sont autre chose que des mélanges de chlorite et de chlorure, on s'aperçoit bien vite, que leur composition serait facilement constatée si l'on réussissait à séparer ces deux sels, et que cette séparation ne serait praticable qu'autant qu'on pourrait trouver un métal capable de former un chlorure insoluble et un chlorite soluble au contraire. Le plomb, le mercure et l'argent étant les seuls qui pussent réaliser cette condition, M. Balard s'est adressé successivement à chacun d'eux.

Les sels de plomb et de mercure, traités par les chlorures de chaux ou de soude, fournirent des précipités de chlorures métalliques, et les liquides surnageans se montrèrent fortement décolorans; mais les combinaisons qu'ils renfermaient se décomposèrent avec tant de rapidité, que M. Balard dut renoncer à les examiner et recourir aux sels d'argent, dont il n'obtint pas toutefois des résultats beaucoup plus satisfaisans.

Vient-on en effet à précipiter le nitrate d'argent par du chlorure de chaux alcalin, il se précipite du chlorure et de l'oxide d'argent, et la liqueur retient du chlorite en dissolution; mais ce chlorite ne pouvant coexister avec l'oxide d'argent, il résulte immédiatement de leur réaction une nouvelle quantité de chlorure et un dégagement d'oxigène.

Le chlorure de chaux est-il au contraire sursaturé par l'acide nitrique au moment de son contact avec le sel d'argent, il se dégage du chlore, et le chlorite disparaît.

Enfin, agit-on avec du chlorure neutre, on obtient, il est vrai, un dépôt de chlorure d'argent, et la liqueur qui le surnage jouit à un haut degré de la propriété décolorante; mais l'existence du chlorite dans cette liqueur est encore si fragile et si éphémère, il se transforme si promptement en chlorate et en chlorure, que M. Balard a éprouvé trop de difficultés à en extraire l'acide chloreux pour s'en tenir à ce procédé.

Heureusement l'action directe du chlore sur l'oxide d'argent délayé dans l'eau lui fournit une dissolution de chlorite d'argent fortement décolorante et moins altérable que les précédentes : il précipita la base de ce chlorite par un léger excès de chlore, et obtint ainsi un nouveau dépôt de chlorure d'argent et une dissolution d'acide chloreux, représentant et l'acide du chlorite et celui qui s'était formé par l'union de l'oxigène de l'oxide d'argent, avec une proportion correspondante de chlore.

La dissolution ainsi préparée n'est point encore de l'acide chloreux pur, elle retient une assez grande quantité d'acide chlorique produit par la transformation inévitable d'une partie de l'acide chloreux lui-même. Mais cet acide est doué d'une volatilité qui permet de le séparer des composés divers auxquels il se trouve mêlé, suivant le procédé à l'aide duquel il a été obtenu.

Pour le purifier, on le distille dans le vide à une basse température; les premières vapeurs sont formées d'acide chloreux étendu de beaucoup d'eau, mais pouvant être concentré davantage par une seconde distillation, dont on ne recueille que les premiers produits

C'est ainsi que M. Balard a d'abord obtenu l'acide chloreux ; mais plus tard il a employé l'oxide rouge de mercure avec plus de succès que l'oxide d'argent. Voici le procédé définitif auquel il s'est arrêté :

On verse dans des flacons remplis de chlore un petit excès d'oxide rouge de mercure porphyrisé et délayé dans douze fois son poids d'eau ; l'absorption est si vive et si complète, que le flacon se brise quelquefois à cause du vide qui se produit. Lorsqu'elle est terminée on filtre la liqueur ; l'oxido-chlorure de mercure reste sur le filtre, et on obtient une dissolution d'acide chloreux que l'on purifie et concentre ensuite par la distillation.

Propriétés de la solution aqueuse d'acide chloreux.

L'acide chloreux étendu d'eau est un liquide transparent et légèrement coloré en jaune quand il est concentré.

Son odeur vive et pénétrante se rapproche de celle du deutoxide de chlore de Davy.

Il attaque l'épiderme avec plus d'énergie que ne le fait l'acide nitrique, et lui communique une teinte brune rougeâtre.

Lorsqu'il est concentré il se décompose partiellement, même à la température ordinaire, en chlore qui se dégage et en acide chlorique ; mais, lorsqu'il est étendu et garanti de la lumière, il peut se conserver quelque temps.

La décomposition spontanée de l'acide chloreux est d'autant plus rapide que la température est plus élevée ; cependant, à 100° elle n'est que partielle, et on peut le distiller à la pression ordinaire.

Sous l'influence des rayons solaires il se transforme en chlore et en acide chlorique.

Lorsqu'on le soumet à la pile voltaïque, il se dégage seulement de l'oxigène au pôle positif, et, chose remarquable, l'acide non décomposé ne passe point à l'état d'acide chlorique ; au bout d'un certain temps on trouve du chlore mêlé à l'oxigène. Il est vraisemblable, dit M. Balard, que dans cette circonstance l'acide chloreux et l'eau sont simultanément décomposés, et qu'il se forme de l'acide hydrochlorique qui, réagissant ensuite sur l'acide chloreux, donne naissance au chlore.

Le brôme et l'iode s'acidifient aux dépens de l'acide chloreux et se transforment en acides brômique et iodique seuls, ou mêlés de chlorures de brôme et d'iode, suivant les proportions relatives des élémens.

L'azote et l'hydrogène gazeux sont sans action sur l'acide chloreux ; mais le soufre, le sélénium, le phosphore et l'arsenic se transforment en acides sulfurique, phosphorique, sélénique et arsenique, au contact de ce nouveau composé, et donnent lieu à un dégagement abondant de chlore.

Le carbone est sans action sur l'acide chloreux ; le potassium projeté dans cet acide brûle immédiatement, et la liqueur contient du chlorure de potassium et du chlorate de potasse.

Le fer en limaille décompose instantanément l'acide chloreux avec émission abondante de calorique et vive effervescence de chlore, il se forme de l'oxide et du perchlorure de fer ; mais, chose bien remarquable, le fer est à peu près le seul métal qui décompose l'acide chloreux ; les autres n'opèrent la même décomposition que par l'intermède d'un acide étranger, et encore faut-il que cet acide soit capable de former avec l'oxide du métal un composé soluble dans l'eau.

L'or et le platine ne paraissent éprouver aucune action de la part de l'acide chloreux, soit seul, soit mêlé à un autre acide ; mais le cuivre, le mercure et l'argent le décomposent, et chacun avec un mode d'action particulier. Avec le cuivre il se dégage du chlore mêlé d'un peu d'oxigène, et il se forme du chlorure et de l'oxido-chlorure de cuivre ; avec le mercure il ne se manifeste aucun dégagement gazeux, et il se forme de l'oxido-chlorure mercuriel.

Au contact de l'argent très-divisé, l'acide chloreux dégage rapidement son oxigène, et il se forme du chlorure d'argent.

Ainsi, l'acide chloreux paraît être un agent d'oxidation des plus énergiques, et la propriété qu'il possède de transformer immédiatement le sélénium en acide sélénique, lui donne sous ce rapport une supériorité incontestable sur l'acide nitrique et même sur l'eau oxigénée.

Il est à remarquer encore que c'est par son oxigène et non par le chlore que l'acide chloreux agit sur les divers combustibles simples et même sur les combustibles composés.

Si l'on introduit dans un flacon plein de cyanogène quelques gouttes d'acide chloreux, il se produit une vive effervescence, et le flacon se remplit de chlore. Les produits de cette réaction sont un mélange de chlorure de cyanogène et de chlorure d'azote, sous forme d'un liquide huileux, de l'acide hydrochlorique, de l'acide cyanique de Sérullas et un mélange de chlore, d'azote et d'acide carbonique tenant du chlorure de cyanogène en vapeur.

En étudiant successivement l'action de l'acide chloreux sur les divers brômures, sulfures, hydrures de corps simples non métalliques et sur l'acide hydrocyanique, l'auteur s'est convaincu de plus en plus que cet acide est un des agens d'oxigénation les plus prononcés, et se montre au contraire peu propre à agir par le chlore qu'il renferme.

L'acide chloreux élève presque toujours au degré d'oxidation le plus avancé les combinaisons de l'oxigène qui ne sont point encore saturées de ce principe ; l'oxide de carbone cependant n'éprouve aucune altération sous son influence ; mais en revanche, un fragment d'acide oxalique, projeté dans l'acide chloreux médiocrement concentré, donne lieu à un grand dégagement de chaleur et à une vive effervescence d'acide carbonique et de chlore.

L'acide chloreux transforme en peroxides la plupart des oxides métalliques non saturés d'oxigène, et reste sans action sur ceux qui ne peuvent plus en absorber. Cependant il ramène le deutoxide de barium à l'état de protoxide, et forme avec lui un chlorite.

Il chasse avec effervescence l'acide des carbonates de soude et de chaux, et forme un chlorite avec leur base.

Vient-on à faire agir l'acide chloreux sur un brômate ou un acétate, ces acides sont éliminés en partie, il se dégage du chlore mêlé d'un peu d'oxigène, et il se produit du chlorate de potasse.

A l'égard des sels en général, l'acide chloreux se comporte avec eux comme si leurs acides et leurs bases étaient libres.

M. Balard a mis l'acide chloreux en contact avec un grand nombre de composés végétaux et animaux, et dans presque tous les cas a reconnu les indices d'une réaction très-vive accompagnée le plus souvent d'un dégagement de chlore et d'acide carbonique.

Quand la substance contient de l'azote, celui-ci se dégage en même temps qu'une odeur de chlorure d'azote.

L'alcool, mélangé avec l'acide chloreux, se transforme en acide acétique, et l'on obtient en même temps une certaine quantité de ce liquide huileux que produit l'action du chlore sur l'alcool.

Avec un agent d'oxigénation comme l'acide chloreux, dont l'énergie est telle qu'elle dépasse de beaucoup celle de l'acide nitrique lui-même, ne pourrait-on pas, dit M. Balard, en agissant sur les composés inorganiques, donner lieu à quelques produits nouveaux? C'est ce que je me propose de rechercher plus tard.

Du gaz acide chloreux.

M. Balard ayant observé que la solution aqueuse d'acide chloreux, exposée à l'air, perdait en peu de temps sa teinte et son odeur, sans qu'il y eût cependant aucune absorption d'oxigène ni d'humidité, présuma qu'il pourrait obtenir cet acide à l'état gazeux. Il chauffa donc légèrement une solution aqueuse d'acide chloreux, et recueillit sur le mercure le gaz qui s'en dégagea; mais il n'en obtiet ainsi que quelques bulles, et la liqueur n'avait pas perdu notablement de ses propriétés, après avoir été exposée pendant quelque temps à une température voisine de l'ébullition. Ce défaut de succès le fit recourir à l'acide sulfurique, qu'il supposait devoir mettre le gaz acide chloreux en liberté en lui enlevant son eau; mais il n'obtint ainsi qu'un mélange de deutoxide de chlore, de chlore et d'oxigène, résultat de la réaction de l'acide sulfurique sur l'acide chloreux lui-même.

Heureusement le nitrate de chaux sec lui fournit un moyen plus efficace, et, en faisant un mélange à parties égales de ce sel et d'acide chloreux liquide concentré, il obtint une vive effervescence d'un gaz qui, redissout dans l'eau, lui représenta exactement les propriétés de l'acide chloreux liquide.

Si l'on essaie de recueillir ce gaz sur le mercure, le métal est attaqué, et l'on n'obtient plus que de l'oxigène; quelquefois même l'absorption est complète. Pour le recueillir non altéré il faut avoir recours au procédé suivant :

On introduit, dans la partie supérieure d'une cloche pleine de mercure, 1/50 environ de son volume d'acide chloreux concentré, et on y fait passer peu à peu des fragmens de nitrate de chaux sec, le gaz se dégage avec effervescence, et la dissolution de nitrate calcaire le maintient à l'abri du contact du mercure. On peut du reste le transvaser d'une cloche dans une autre, pourvu qu'on le passe avec vivacité, car il n'est pas sensiblement altéré par le mercure quand il le traverse rapidement en grosses bulles.

Le gaz acide chloreux est d'une couleur jaune un peu plus foncée que celle du chlore, le mercure l'absorbe complétement, et le transforme en oxido-chlorure. L'eau en dissout rapidement au moins cent fois son volume.

Une température un peu élevée en sépare les élémens avec explosion et dégagement de chaleur, et d'une lumière très-vive.

Il paraît plus difficilement décomposable par la chaleur que les oxides de chlore, cependant il détonne quelquefois quand on le transvase. Aussi importe-t-il, dans sa préparation, de n'ajouter du nitrate calcaire que par petite portion, afin d'éviter que la température ne s'élève trop par la dissolution.

La lumière solaire le décompose en quelques minutes sans détonation; mais s'il est mélangé avec du gaz hydrogène, il se décompose avec une vive détonation, et d'abondantes vapeurs d'acide hydrochlorique lorsqu'on en approche une bougie allumée

Le charbon le fait détoner immédiatement, et on obtient un mélange de chlore et d'oxigène qui ne renferme que très-peu d'acide carbonique, ce qui donne lieu de croire que cette décomposition n'est produite que par la chaleur que développe l'absorption du gaz dans les pores du charbon.

Placé dans un bocal étroit, au contact de fragmens de divers métaux, il est lentement absorbé, et produit un oxide et un chlorure; mais si la quantité d'acide employée est de quelques pouces cubes, l'absorption, lente d'abord, est bientôt suivie d'une détonation provoquée par la chaleur que l'action chimique a développée.

Nous n'insisterons pas ici sur les réactions qui s'opèrent entre le gaz acide chloreux et les combustibles composés, il est facile de les prévoir en se reportant aux propriétés précédemment décrites de ce nouvel acide. Nous nous bornerons à dire que, lorsqu'on l'enferme avec du papier joseph, il détonne et se décompose en chlore et en oxigène, mêlés d'une très-faible proportion d'acide carbonique.

Composition de l'acide chloreux.

Pour déterminer directement cette composition, M. Balard remplit sur la cuve à mercure, avec du gaz hydrochlorique bien sec, un flacon usé à l'émeri, et introduit ensuite dans ce même flacon une petite ampoule de verre pleine d'acide chloreux, qu'il brise par l'agitation. Dès que les deux acides sont en présence, la décomposition s'opère avec dégagement de chaleur, et l'intérieur du flacon prend une teinte jaune. Il le laisse refroidir, l'ouvre sur le mercure, et observe qu'il n'entre pas dans le flacon une seule goutte de ce liquide, qu'il n'en sort

pas une bulle de gaz, et qu'il renferme par conséquent un volume de chlore égal à celui de l'acide hydrochlorique employé. Or, si l'on considère qu'un volume de cet acide représente un demi-volume de chlore et un demi-volume d'hydrogène, on reconnaît facilement que, pendant la réaction des deux acides, tout l'oxigène de l'acide chloreux est transformé en eau par le demi-volume d'hydrogène de l'acide hydrochlorique, tandis que le chlore de l'un et l'autre est mis en liberté à volumes égaux. D'où il résulte que l'acide chloreux est formé de deux volumes de chlore contre un volume d'oxigène.

Plus tard, M. Balard étant parvenu à obtenir l'acide chloreux pur, en a fait l'analyse directe par détonation. Avec 46 parties de gaz il a ainsi obtenu 69 parties d'un mélange qui s'est réduit à 23 d'oxigène, après avoir été agité avec une solution alcaline. On voit par-là que le gaz acide chloreux est précisément formé de deux volumes de chlore et d'un volume d'oxigène, et que la condensation est égale au tiers du volume total, et égal aussi au volume de l'oxigène qui entre dans sa composition.

Ainsi l'acide chloreux présente la composition que l'on avait attribuée au prétendu protoxide de chlore, qui, d'après les expériences de M. Soubeiran, ne paraît être qu'un mélange de chlore et de deutoxide de chlore.

M. Balard, après avoir établi d'une manière positive le rapport des élémens de l'acide chloreux, s'attache ensuite à discuter les divers moyens à l'aide desquels M. Liébig, et après lui M. Soubeiran, ont cherché à découvrir indirectement la composition de l'acide chloreux, et fait voir que, bien qu'ils aient cru devoir attribuer à l'acide chloreux une composition différente de celle qu'il leur a reconnue, cependant leurs observations cadrent très-facilement avec cette dernière.

Il fait remarquer ensuite que si les chimistes ont cru devoir assimiler jusqu'ici l'acide chloreux aux acides nitreux et phosphoreux, il est beaucoup plus naturel de le rapprocher de l'acide hypophosphoreux. En effet, les circonstances au milieu desquelles se forme l'acide chloreux n'ont aucun rapport avec celles qui accompagnent la formation des acides nitreux et phosphoreux, tandis qu'elles sont identiquement les mêmes que celles qui président à la production de l'acide hyposulfureux. On sait en effet que c'est en traitant les oxides alcalins par le soufre, avec le concours de l'eau, que l'on obtient des mélanges de 1 atome d'hyposulfite et de 1 atome de polysulfure. Si, dans cette réaction, on substitue le chlore au souffre, on aura un atome de chlorite et un atome de chlorure, et la formule de l'acide chloreux sera Cl^2, comme celle de l'acide sulfureux S.

Il est évident, d'après ce qui précède, que la dénomination d'acide chloreux ne peut plus être conservée, et qu'elle doit être remplacée par celle d'acide *hypochloreux*. Si l'on adopte ce nom, celui d'acide chloreux doit être réservé pour la combinaison encore inconnue de deux volumes de chlore avec trois d'oxigène, et celui d'acide hypochlorique pour le composé appelé aujourd'hui deutoxide de chlore.

Des chlorites, ou mieux hypochlorites.

Après avoir complété, comme nous l'avons vu, l'histoire de l'acide hypochloreux, M. Balard s'est appliqué à l'étude des hypochlorites, dans l'espoir de démontrer en eux les propriétés des composés décolorans du chlore, et de confirmer ainsi leur analyse par la synthèse.

La préparation de ces sels exige des soins particuliers, car, pour peu que la température s'élève, l'hypochlorite se transforme en chlorate, et c'est ce qui arrive lorsqu'on n'a pas l'attention de verser l'acide sur la substance alcaline, par petites portions et en quantité insuffisante pour la saturation, et d'agiter constamment, en tenant le flacon immergé dans l'eau froide.

On obtient facilement ainsi les hypochlorites de baryte, de chaux, de potasse, de soude, de lithine, de strontiane et de magnésie.

M. Balard a vainement tenté de préparer de l'hypochlorite de fer, mais en cherchant à vérifier l'observation faite par M. Grouvelle, que les oxides de cuivre, de zinc et de peroxide de fer absorbent très-rapidement le chlore, et forment avec lui des composés décolorans, il s'est assuré que dans ces circonstances, s'il se formait des hypochlorites de cuivre et de zinc, leur existence était très-fragile, et que d'ailleurs il ne se produisait en aucun cas de l'hypochlorite de fer, mais bien du protochlorure de ce métal et de l'acide hypochloreux, de telle sorte que lorsqu'on venait à chauffer il se dégageait du chlore et de l'acide hypochloreux, et se déposait du peroxide de fer.

Les hypochlorites des bases puissantes présentent la même odeur et la même couleur que les composés décolorans du chlore qui leur correspondent. Une température un peu élevée, l'influence de la lumière solaire, et souvent même de la lumière diffuse, les transforme en chlorates et en chlorures.

Ce changement s'effectue le plus souvent avec dégagement d'oxigène, cependant, avec le concours de certaines circonstances, que M. Balard n'a pas encore complètement appréciées, ce dégagement n'a pas eu lieu. Il se propose de revenir sur cette observation, qui intéresse sérieusement la fabrication du chlorate de potasse.

La présence d'un excès d'alcali peut prévenir la décomposition des hypochlorites ; c'est en observant cette condition que l'on peut obtenir à l'état sec, par évaporation dans le vide à une température peu élevée, les hypochlorites à base de soude, de chaux, de baryte et de strontiane.

Bien que l'acide carbonique chasse l'acide hypochlorique de ses combinaisons, il est à son tour chassé des siennes par un courant de ce gaz.

Les métaux se comportent avec les hypochlorites, comme avec les combinaisons décolorantes elles-mêmes.

Les sulfures, récemment précipités, sont immédiatement transformés en sulfates par les hypochlorites, et ces sels pourront sans doute, aussi bien que l'eau oxigénée, servir à la restauration des tableaux.

Ils transforment le deutoxide d'azote en acide nitrique

et les peroxides en péroxides. Ils agissent sur les matières organiques à l'égal des prétendus chlorures d'oxide, et enfin, à l'égal aussi de ces mêmes chlorures, ils transforment l'alcool en un chlorure de carbone particulier.

D'après tout ce qui précède, il est facile de se rendre compte des propriétés décolorantes et désinfectantes des hypochlorites. Vient-on à les traiter par un acide, ils laissent dégager du chlore, et c'est ce chlore qui décolore et désinfecte, par un mode d'action que tout porte à regarder comme une oxidation produite d'une manière indirecte aux dépens des éléméns de l'eau. Agissent-ils au contraire sans le concours des acides, c'est uniquement par l'oxigène de leur acide et de leur base qu'ils modifient la matière, et ils se transforment en chlorures.

M. Balard termine son mémoire en annonçant que, par des procédés semblables à ceux qui lui ont réussi pour l'acide hypochloreux, il a obtenu l'acide hypobromeux, et qu'il s'occupe d'en compléter l'histoire.

EXTRAIT DES ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Mai, juin et juillet 1834.

Sur la distillation du benzoate de chaux; par Eugène Péligot.

M. Mitscherlich, dans un travail que nous avons publié par extrait, annonce qu'en distillant l'acide benzoïque avec un excès de chaux, on obtient une huile dont la composition représente, avec l'acide carbonique absorbé par la chaux, celle de l'acide employé. M. Péligot, qui s'occupait à la même époque du même sujet, l'a envisagé d'un point de vue différent. C'est le benzoate de chaux sans excès de base qu'il a soumis à la distillation. Les produits qu'il obtient sont plus compliqués, mais ne permettent pas moins de suivre dans toutes ses phases la décomposition de l'acide benzoïque.

Lorsqu'on soumet à la distillation le benzoate de chaux neutre et cristallisé, il se produit, à la température d'environ 300°, une matière huileuse, plus dense que l'eau, et il se forme du carbonate de chaux.

La matière huileuse contient trois substances différentes, l'une la benzone, qui paraît être le produit essentiel de la décomposition, et les deux autres qui ne sont qu'accessoires.

La benzone est une huile épaisse, incolore, plus dense que l'eau. Son point d'ébullition est supérieur à 250°; sa composition peut être représentée par la formule $C^{26}\ H^{10}\ O$. Or, telle serait la composition du corps qui resterait si de $C^{28}\ H^{10}\ O^{3}\ Ca\ O$, formule du benzoate de chaux sec, on retranchait $C^{2}\ O^{2}\ Ca\ O$, c'est-à-dire, le carbonate de chaux qui reste dans la cornue.

L'expérience n'offre pas toutefois une réaction aussi simple que le calcul. Car, outre la benzone, ainsi nommée par analogie avec la magarone de M. Bussy, on trouve dans le produit une huile limpide plus légère que l'eau, bouillant à 82°, que l'on sépare de la benzone par distillation, puis de la naphtaline, que l'on isole ensuite par refroidissement, enfin de l'eau.

Voici comment on peut se rendre compte de la présence de ces corps, et faire apprécier qu'ils ne sont qu'accessoires à la réaction principale.

Pour obtenir seulement la benzone et le carbonate de chaux, il faudrait pouvoir distiller un benzoate de chaux anhydre à une température qui fût peu élevée; mais d'une part il est impossible de dessécher complétement le benzoate de chaux, même à 200°, et de l'autre la décomposition n'est complète qu'à la température rouge. Elle donne d'ailleurs toujours lieu à un dépôt de charbon qui par son mélange avec le carbonate, peut dans ces circonstances le ramener partiellement à l'état de chaux vive.

Une partie de la benzone se trouve donc à une haute température, et à l'état naissant en contact avec de la chaux vive : or, l'expérience et le calcul prouvent qu'elle doit alors se transformer en acide carbonique et en naphtaline; voici comment on peut exprimer cette réaction :

	C^{26}	H^{10}	O
Perdant	C		O
Il doit rester	C^{25}	H^{10}	ou de la naphtaline.

D'une autre part, le benzoäte de chaux étant hydraté, la vapeur d'eau se trouve en présence de la chaux et de la benzone à une température très-élevée; cette réaction peut donner naissance au troisième produit, l'huile volatile, qui n'est autre chose que l'un des carbures d'hydrogène obtenus par M. Faraday de la décomposition de l'huile, ou la benzine de M. Mitscherlich.

Voici comment se produit ce phénomène :

	C^{26}	H^{10}	O
		H^{2}	O
Perdent	C^{2}		O^{2}
Et fournissent	C^{24}	H^{12}	

$C^{24}\ H^{12}$ est la formule du bicarbure d'hydrogène.

Cette explication des phénomènes offerts par la distillation du benzoate de chaux est d'ailleurs appuyée par les faits suivans :

1°. La benzone distillée avec de la chaux vive produit du carbonate de chaux et de la naphtaline.

2°. L'acide benzoïque hydraté, distillé avec de la chaux éteinte en excès, produit uniquement du bicarbure d'hydrogène, ou benzine de M. Mitscherlich.

3°. La plus ou moins grande dessiccation du sel fait varier la proportion relative de la naphtaline et du bicarbure.

4°. Au commencement de la distillation, il passe toujours de la benzone, qui bout à 250° au moins, avant le bicarbure d'hydrogène, qui bout à 85°, ce qui indique bien clairement le sens de la décomposition.

La composition pondérale de ces trois substances est d'ailleurs la suivante :

Benzone.		Bi-carbure d'hydrogène.		Naphtaline.	
C^{36}. 994,7	86,5	C^6 229,56	92,45	C^{10} 382,6	93,86
H^{10}. 62,5	5,4	H^3. 18,73	7,55	H^4. 25,0	6,14
O. 100,0	8,2				
1157,2	100,0	248,39	100,0	407,6	100,00

Sur les produits de la distillation des acides malique, tartrique et paratartrique. Considérations générales sur les corps pyrogénés ; par M. Pelouze.

Acide maléique et paramaléique. — Les expériences de MM. Vauquelin, Braconnot et Lassaigne, nous ont appris que la distillation de l'acide malique donnait naissance à deux produits également acides, inégalement volatils ; mais la composition et les principales propriétés de ces corps étaient complétement inconnues.

M. Pelouze s'est assuré que l'acide malique entre en fusion vers 80° C. Il se décompose complétement à 176° en eau et en deux acides pyrogénés, sans aucun dépôt de charbon, sans formation de gaz ; l'un des acides très-volatil, *acide maléique*, distille en un liquide incolore qui se transforme en cristaux prismatiques ; l'autre, beaucoup moins volatil, *acide paramaléique*, reste pour la plus grande partie dans le fond de la cornue.

Si au lieu de chauffer à 176° la cornue, on la porte rapidement à 200°, l'acide le plus volatil, *maléique*, se forme en quantité beaucoup plus abondante que l'autre. Si au contraire on ne dépasse pas 150°, on n'obtient pour ainsi dire que de l'eau et de l'acide paramaléique. Tous ces phénomènes deviennent simples à comprendre lorsque l'analyse démontre que les acides maléiques et paramaléiques sont isomériques, et qu'ils ne diffèrent de l'acide malique que par la perte d'une quantité d'hydrogène et d'oxigène équivalente à un atome d'eau (H^2O).

Il résulte en effet des analyses de M. Pelouze que la combinaison des deux premiers acides avec les bases est la suivante : $R\,O + C^4\,H^2\,O^3$, plus trois atomes d'eau, trois $H^2\,O$ qu'on peut leur enlever en les desséchant.

Voici leur composition pondérale :

Acides maléique et paramaléique hydratés.		Acides maléique et paramaléique anhydres.		Acides maliques hydraté.		Acides maliques anhydre.	
C^4 (1)	41,84	C^4	49,45	C^4	36,35	C^4	41,84
H^4	3,41	H^2	2,02	H^6	4,21	H^4	3,41
O^4	54,75	O^3	48,53	O^5	59,44	O^4	54,75
	100,00		100,00		100,00		100,00

Les acides maléique et paramaléique diffèrent d'ailleurs par des propriétés tranchées. L'acide paramaléique, moins volatil que l'autre, est aussi beaucoup moins soluble ; l'acide maléique disparaît dans son poids d'eau ; l'acide paramaléique en exige deux cents parties pour se dissoudre.

De tous les caractères de l'acide paramaléique, le meilleur est celui qu'il présente avec le nitrate d'argent. Une partie de cet acide, dissoute dans plus de 200,000 parties d'eau, forme avec le nitrate d'argent un précipité blanc très-visible, soluble dans l'acide nitrique ; cette insolubilité est plus grande encore que celle du chlorure d'argent.

Acide pyrotartrique et pyroracémique. — On doit à M. Rose la découverte de l'acide pyrotartrique ; c'est un corps blanc, inodore, très-soluble dans l'eau et dans l'alcool qui fond à 100° et bout à 188.

La distillation de l'acide tartrique, comme celle des autres acides végétaux, donne des produits très-divers et en quantités très-variables, suivant la température à laquelle on l'effectue ; plus la température est basse, entre 175° et 190° par exemple, à peine remarque-t-on des traces d'huiles empyreumatiques. L'acide carbonique, l'eau, l'acide pyrotartrique abondent, l'acide acétique, l'hydrogène carboné, le charbon, se forment en quantité très-minime ; il n'en est pas de même à un degré plus élevé.

L'acide tartrique cristallisé s'exprime par la formule $C^5\,H^8\,O^4$ ou $C^5\,H^6\,O^3 + H^2\,O$. En effet, il perd $H^2\,O$ s'unissant aux bases. Sa composition pondérale est la suivante :

Acide pyrotartrique cristallisé.		Acide pyrotartrique anhydre.	
C^5	46,00	C^5	52,80
H^8	5,96	H^6	5,10
O^4	48,04	O^3	42,10
	100,00		100,00

Parmi les exemples d'isomérie les mieux constatés en chimie organique, on doit citer en première ligne celui des acides tartrique et racémique (paratartrique). L'action comparée de la chaleur sur deux acides d'une composition semblable, mais de propriétés différentes, devait donc exciter un haut degré d'intérêt ; l'isomérie était-elle rompue ou non ? se formait-il un nouvel acide pyrogéné ? c'est ce qu'il s'agissait de démontrer. Il résulte des observations de M. Pelouze, que les acides tartrique et paratartrique se comportent de la même manière pendant leur distillation, et qu'ils donnent l'un et l'autre un seul et même acide pyrogéné en tout point identique.

Observations générales. Il résulte des expériences récentes de M. Pelouze, faites d'abord sur le tannin et l'acide gallique, puis sur l'acide malique et quelques autres acides, que « un acide pyrogéné quelconque, » plus une certaine quantité d'eau et d'acide carbonique, ou l'un seulement de ces deux composés binaires, représente toujours la composition de l'acide qui » l'a produit. »

(1) c = 76,44

Souvent l'expérience démontre d'une manière directe et incontestable la loi dont il est question : mais souvent aussi les distillations ne peuvent avoir lieu sans être accompagnées de matières charbonneuses et d'huiles empyreumatiques. Dans ce dernier cas, la loi ne se laisse pas démontrer d'une manière aussi simple, mais elle n'en pas est moins vraie, et il suffira pour le démontrer d'user de quelques précautions particulières. On le concevra sans peine en se rappelant que l'acide malique, distillé sans mesure exacte de température, donne beaucoup de charbon, d'huiles empyreumatiques, d'acide acétique, de gaz oxide de carbone et hydrogène carboné, plus de l'acide carbonique et deux acides volatils cristallisables, tandis que l'on n'obtient que les trois derniers produits parfaitement purs en appliquant à la distillation de l'acide malique une température constante et modérée. Les produits accessoires dans les autres cas, comme dans celui-ci, ne doivent être fournis que par la décomposition de la matière pyrogénée elle-même, et non par celle de l'acide primitif.

Quand un acide est volatil, il se soustrait, par sa volatilité même, à l'action de la chaleur qui tend à former un nouvel acide pyrogéné ; en le combinant avec une base inorganique qui le retienne convenablement, il se comporte alors, relativement à l'action de la chaleur, comme un acide fixe, et il est soumis à la même loi ; mais les corps pyrogénés qui se produisent dans cette circonstance sont constamment neutres, et cela s'explique ; car si, par hypothèse, ils étaient acides, ils réagiraient sur le carbonate, en chasseraient l'acide carbonique, formeraient de nouveaux sels que la chaleur décomposerait de rechef et toujours de la même manière, sans que jamais il pût distiller d'acides pyrogénés. C'est ce que démontrent les belles expériences de M. Bussy sur les acides gras distillés en présence de la chaux, et celles de M. Péligot, sur la distillation du benzoate calcaire (1).

Sur le mercaptan, par M. Will. Christ. Zeise, de Copenhague.

M. Zeise, voulant arriver à produire des composés d'hydrogène, de carbone et de soufre en proportions différentes, eut l'idée de faire réagir les sulfovinates sur les sulfures alcalins. C'est par cette réaction qu'il vient d'obtenir un corps fort curieux, auquel il a donné le nom de *mercaptan* (*corpus mercurio aptum*). En faisant chauffer dans un appareil distillatoire de l'hydrosulfure de barium ($Ba\,S + H^2\,S$) avec un sulfovinate, on obtient ce corps en abondance, mêlé à quelques autres produits dont on le sépare par une nouvelle distillation.

Le mercaptan est liquide même à 22°, incolore, son odeur est celle de l'ail, sa densité est de 0,842 à + 15°. Son point d'ébullition dans un vase de verre + 62°. Peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool et l'éther. Il réagit sur plusieurs oxides et chlorures métalliques en s'emparant des métaux, et forme avec eux des combinaisons (*mercaptides*). Versé sur le deutoxide de mercure, par exemple, il l'attaque avec violence et le transforme en un corps incolore cristallin : il y a production d'eau. Avec les chlorures, il donne de l'acide hydrochlorique.

La composition du mercaptan est $H^2 + C^4\,H^{10}\,S^2$, celle du mercaptide de mercure $Hg + C^4\,H^{10}\,S^2$.

Les mercaptides de potassium et de sodium conservent toujours une réaction alcaline.

(1) Voir le mémoire précédent.

Sur deux produits naturels de la végétation considérés comme des gommes, par M. Guérin Varry.

Dans un mémoire sur les gommes qui exsudent des arbres, M. Guérin Varry a fait voir précédemment qu'elles sont susceptibles d'être ramenées à trois espèces distinctes : l'arabine, la cérasine et la bassorine. Les deux premières sont isomères ; mais la seconde, insoluble dans l'eau froide, ne se convertit en arabine que par un contact prolongé avec ce liquide bouillant. Dans ce mémoire, M. Guérin Varry fait l'étude de l'amidon et de la lichénine, ou partie organique soluble du lichen, il arrive aux résultats suivans :

L'amidon est composé de 2,96 parties d'une substance insoluble dans l'eau froide ou bouillante, *amidin tégumentaire*, lequel est isomère du ligneux, et de 97,04 parties d'une substance soluble qui renferme une matière insoluble identique à l'amidin tégumentaire, et une matière soluble, *amidine*. Celle-ci est à l'amidin soluble comme 60,45 est à 39,55.

100 parties d'amidon traitées par 250 parties d'acide sulfurique à 66° donnent 91,52 parties de sucre d'amidon anhydre, ou 115,70 parties de ce sucre hydraté.

L'amidon exposé pendant 14 mois dans l'eau privée d'air, n'a pas subi la moindre altération, tandis qu'au contact de ce gaz il se détériore, et la liqueur devient acide.

Le lichen d'Islande, traité convenablement par l'eau, donne un résidu insoluble qui ne bleuit pas avec l'iode, et une matière soluble *lichénine*, qui bleuit avec ce réactif incomparablement moins que ne le fait la même quantité de l'amidine.

Traitée par l'acide sulfurique, elle fournit sensiblement la même quantité de sucre que celle-ci, dont elle diffère principalement, parce qu'elle est à peine soluble dans l'eau froide avec laquelle elle forme une gelée.

Il est impossible de regarder avec M. Berzélius la partie soluble du lichen d'Islande comme étant de l'amidon, puisqu'elle ne contient pas d'amidin.

En faisant digérer avec de l'acide nitrique à une

température de 20 à 25° une substance capable de produire de l'acide oxalique, puis chauffant à 40°, on obtient beaucoup d'acide oxalhydrique. Si l'on chauffe à 60°, on obtient plus d'acide oxalique que par aucun autre procédé.

Les parties solubles dans l'eau de l'amidon et du lichen ne doivent pas être regardées comme des gommes, par la raison que, traitées par l'acide nitrique, on ne peut en retirer la moindre trace d'acide mucique. P.-F.-G. B.

OBSERVATIONS

Sur la teinture d'opium; par M. Hottot.

Les préparations d'opium ont été de tout temps d'un usage si général en médecine, que les pharmacopées, anciennes et nouvelles, en renferment un grand nombre de formules, qui toutes présentent, selon leurs auteurs, la composition la plus sûre et la plus parfaite.

Elles varient et par les proportions d'opium et par la nature du véhicule.

La teinture thébaïque, par exemple, la plus simple de toutes, et qui a dû être la plus fréquemment employée, présente dans sa composition des différences si grandes, que souvent le pharmacien se trouve très-embarrassé sur la préparation qu'il doit employer de préférence.

J'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de soumettre aux praticiens quelques réflexions à ce sujet. Le Codex parisien prescrit d'employer l'opium à l'état d'extrait aqueux uni à l'alcool dilué, et dans les proportions d'un douzième, lorsque dans tous les autres dispensaires, l'opium choisi, ou l'extrait alcoolique, sont les seuls en usage.

Si nous ouvrons les pharmacopées anglaises, nous verrons que celle de Londres prescrit, opium broyé deux onces et demie pour alcool affaibli livre ij, celle d'Édimbourg opium une once pour alcool affaibli livre j; celle de Dublin, livre 3 alcool faible livre; la teinture anodyne de Vienne est composée d'opium deux onces; esprit de vin livre ij; celle des États-Unis, d'opium purifiée (extrait alcoolique) une once pour alcool livre j; enfin la pharmacopée de Lisbonne renferme une teinture thébaïque, d'un usage habituel en ce pays; composée d'opium purifié, un gros, alcool livre j, eau livre ij; cette dernière préparation s'administre à la dose d'une once.

Le pharmacien exact et consciencieux doit, à la vue de ces différentes compositions, être arrêté à chaque instant, car la teinture thébaïque de nos officines est préparée selon le Codex, et nous devons délivrer les médicamens prescrits sans avoir égard à l'origine de la formule, origine que d'ailleurs il est souvent impossible de deviner. Aujourd'hui cependant Paris abonde en médecins étrangers qui prescrivent cette teinture sans aucune désignation, et ce n'est pourtant pas celle du Codex de Paris. On voit quels graves inconvéniens peuvent résulter d'un état de choses si incertain; car si d'un côté les formules des pharmacopées étrangères contiennent la plupart une quantité d'opium inférieure à celle de notre Codex, nous savons d'ailleurs que les médecins anglais prescrivent ces préparations à des doses quelquefois très-élevées. Pour obvier aux graves inconvéniens que je viens de signaler, j'ai cherché à modifier la formule du Codex de la manière suivante, je la propose simplement à titre de renseignement.

Opium choisi	une once.
Alcool à 22 degrés. . . .	livre j.

Par ce moyen cette formule se rapprocherait autant que possible de celles que nous avons examinées, et on ne serait plus exposé à commettre aucune erreur, au moins notable.

Tout en proposant cette modification, je reconnais néanmoins qu'il serait infiniment préférable d'obtenir de l'autorité la révision du Codex, que nous appelons de tous nos vœux, afin de pouvoir placer cet ouvrage au rang où la science s'est élevée, et le mettre en harmonie avec les diverses pharmacopées de l'Europe.

Préparation de la codéine, par E. Merck de Darmstadt (Annalen der Pharmacie, septembre 1834, pag. 279).

M. Merck dit obtenir la codéine d'une manière très-simple en traitant à froid par l'alcool la morphine précipitée par la soude, saturant avec précaution la teinture alcoolique par de l'acide sulfurique, retirant l'alcool, étendant le résidu d'eau froide jusqu'à ce que la liqueur ne se trouble plus, filtrant de nouveau, faisant évaporer le liquide filtré jusqu'en consistance sirupeuse, y versant après le refroidissement de l'éther dans un flacon de grande capacité, ajoutant alors une solution du potasse caustique en excès, et agitant le tout avec force. La liqueur éthérée est alors tellement saturée, que la codéine s'en dépose en cristaux au bout de peu d'heures; en faisant évaporer l'éther et traitant le résidu par l'alcool, on obtient peu à peu la codéine à l'état de pureté complète et exempte d'une huile qui apporte de grands obstacles à la cristallisation.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL.

De la séance de la Société de Pharmacie, 5 *novembre* 1834.

PRÉSIDENCE DE M. CHEREAU.

M. le secrétaire de correspondance étant absent, le

procès-verbal de la dernière séance sera lu à la séance de décembre.

M. le secrétaire général annonce que madame Fabulet, veuve du pharmacien en chef de ce nom, décédé chef de service à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, envoie à la Société de pharmacie les manuscrits des cours de chimie que faisait M. Fabulet. Cette dame désire que la Société veuille bien lui donner son avis sur le mérite de ces ouvrages, qu'elle serait peut-être disposée à livrer à l'impression. La Société charge MM. Chereau et Lodibert de vouloir bien examiner ces manuscrits.

La correspondance manuscrite se compose :

1°. De deux lettres de MM. Poddgiale et Cottereau, qui tous deux remercient la Société de leur admission au nombre de ses membres. Ces deux messieurs, présens à la séance, sont invités à signer la feuille de présence.

2°. Une lettre de M. Malagutti, qui remercie également la Société de son admission au nombre de ses membres. Par la même lettre, il fait connaître à la Société les résultats qu'il a obtenus en faisant agir à chaud sur le sucre en dissolution dans l'eau une très-petite quantité d'acide nitrique. Cent parties de sucre, trois cents d'eau et quelques grammes d'acide nitriques, mélangés et soumis à une ébullition de quelques heures, il se forme un dépôt brunâtre ; l'ébullition, prolongée quelques jours, le dépôt augmente, le sucre disparaît, et il se forme de l'acide formique. Quant au dépôt, M. Malagutti suppose que c'est de l'ulmine. Étant dans l'intention de donner suite à ce travail, l'auteur annonce qu'il le soumettra au jugement de la Société.

La correspondance imprimée se compose :

1°. Du journal de Pharmacie pour le mois d'octobre.

2°. De deux numéros des Annales de Pharmacie de Geiger, qui sont renvoyés à M. Vallet.

3°. D'une Notice historico-médicale sur les Normands ; hommage de l'auteur, M. le docteur Duval, de l'Académie de médecine. La Société lui vote des remercîmens.

4°. Recueil de la Société libre d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres du département de l'Eure. (M. Boullay est chargé d'un rapport verbal sur cet ouvrage.)

5°. La même Société adresse un extrait du registre des procès-verbaux de la séance publique, dans laquelle elle a distribué les prix fondés par elle chaque année.

6°. Le Bulletin de la Société industrielle de Mulhausen.

M. Bussy rend compte des séances de l'Institut. M. Chevalier donne à la Société quelques détails sur la communication qu'il a faite à l'Institut, travail tendant à démontrer la présence de l'ammoniaque dans l'air, soit à l'état libre, soit à l'état d'hydrosulfate. Ce travail n'étant pas terminé, M. Chevalier en fera plus tard connaître les résultats.

M. Corriol fait hommage à la Société d'un échantillon de casse du Brésil. M. Corriol a préparé de la pulpe avec ce fruit. M. le docteur Récamier l'a essayée à l'Hôtel-Dieu ; mais il ne l'a pas reconnue plus purgative que la casse employée ordinairement en pharmacie, il lui a seulement reconnu une saveur plus forte et même désagréable.

M. Vallet fait un rapport verbal sur les journaux allemands.

M. Boullay annonce à la Société la mort de M. Laubert. La Société apprécie la grandeur de cette perte et accueille avec d'autant plus d'empressement la communication que lui fait M. Boutron-Charlard, que M. Laubert, peu de temps avant sa mort, a permis que l'on fît son buste. La Société s'empressera de se le procurer et d'en orner la salle de ses séances.

M. Blondeau lit une note sur la composition chimique des eaux minérales de Cambon, commune de Saint-Cernin, département du Cantal.

M. Henry donne une communication verbale d'un procédé extrait d'un mémoire plus étendu qu'il termine, à l'aide duquel il est parvenu à obtenir, par le *tannin*, plusieurs alcaloïdes, et notamment ceux de la famille des solanées, indiqués par MM. Hesse et Geiger. Il fait voir à la Société des cristaux d'*atropine*.

M. Hottot lit une note sur la préparation de la teinture thébaïque, et signale les différences remarquables qui existent entre la formule de ce médicament, telle qu'elle se trouve insérée dans le Codex et les différentes formules contenues dans diverses pharmacopées anglaises ; de là l'incertitude dans laquelle se trouve le pharmacien appelé à exécuter une prescription faite par un médecin étranger. Pour parer à cet inconvénient, M. Hottot propose de modifier ainsi la formule du Codex :

Opium brut.	℥ j.
Alcool à 22°.	livre. j.

Ces proportions se rapprochent davantage de celles des diverses pharmacopées que nous avons citées.

M. Dubail fait connaître à la Société une lettre de M. Muiron Permelet pharmacien à Reims, dans laquelle sont signalées les différences notables qui existent entre les doses données par différens auteurs et celles prescrites dans le Codex pour la préparation de la liqueur arsenicale de Fowler. M. Percelet exprime combien il serait à désirer que l'on fût fixé sur cette formule et sur bien d'autres qui, consignées dans le Codex, laissent le praticien dans une continuelle incertitude.

Ces deux communications donnent lieu à une discussion dans laquelle plusieurs membres parlent de la nécessité de réviser et modifier certaines formules du Codex ; d'autres signalent les inconvéniens qui pourraient en résulter, et pensent que, quant aux prescriptions anglaises ou allemandes, il est convenable que les pharmaciens aient chez eux ces préparations d'après leur composition, indiquée dans les différens formulaires.

M. Garot, au nom de M. Desmarets, fait une com-

munication verbale pour faire connaître à la Société les résultats d'un travail sur la formation de l'acide acétique dans les liqueurs vineuses. Cette communication donne lieu à une discussion, dans laquelle sont entendus MM. Robiquet, Bussy, Chevallier; mais M. Desmarets ayant déposé à l'Académie des sciences un paquet cacheté qui a rapport à ce travail, la Société ne croit pas devoir donner suite a cette discussion.

M. Dubail indique à la Société deux falsifications qu'il avait signalées dans sa thèse, soutenue à l'École de Pharmacie, et auxquelles il voudrait voir donner de la publicité.

1° Il s'agit du mélange qui se fait dans le commerce du phoshate de soude avec le carbonate de la même base.

2° De la magnésie calcinée contenant 18 à 20 pour 100 d'eau.

M. Robiquet pense que le mélange de phosphate et de carbonate de soude ne peut qu'être accidentel, cette fraude étant des plus faciles à reconnaître.

Quant à la magnésie hydratée, il pense que cette altération, qui n'a aucun danger, ne tient sans doute qu'à ce que cette magnésie n'est point calcinée, mais est seulement obtenue par précipitation et ensuite desséchée.

JOURNAL

DE CHIMIE MÉDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

DÉCEMBRE 1834.

Sur la composition de l'huile extraite de l'eau-de-vie de pommes de terre; par M. S. Dumas.

Tout le monde sait que les eaux-de-vie de grains ou de pommes de terres possèdent une odeur et une saveur qu'on désigne sous le nom de *fousel*, et qu'on a cherché à faire disparaître par une infinité de moyens. Le seul qui réussisse à ma connaissance, consiste à rectifier l'eau-de-vie. L'alcool proprement dit qu'on en retire peut être assez pur pour n'avoir plus ni le goût, ni l'odeur détestable de l'eau-de-vie.

Il serait inutile de rappeler ici les opinions émises autrefois sur la cause de cette odeur, et que des observations mieux faites ne permettent pas de conserver. On sait aujourd'hui qu'une huile particulière, qui se sépare à la rectification des eaux-de-vie citées, est vraiment le principe qui leur communique cette odeur, ainsi que la saveur qu'on leur reproche.

Scheele a le premier constaté l'existence de cette huile dans les esprits de grains. Il a vu qu'elle s'en séparait par le froid, et qu'elle pouvait, une fois isolée, infecter des esprits purs en s'y dissolvant.

Fourcroy et Vauquelin ont prouvé que cette huile, loin d'être un produit de la fermentation, comme quelques-uns l'avaient admis, était au contraire toute formée dans le grain d'orge, par exemple, qui, épuisé par des lavages à l'eau, cède ensuite son huile à l'alcool pur.

Dans ces derniers temps, M. Payen a été plus loin, et a précisé l'organe qui sert de siége à cette huile, au moins dans la pomme de terre : c'est la fécule, et la partie tégumentaire de la fécule seule, qui renferme cette substance huileuse.

Quant à la nature de cette huile, il existe parmi les observateurs des variations qui doivent s'expliquer par la nature même des produits que l'on a étudiés.

Ceux qui ont traité des eaux-de-vie d'orge en ont retiré une huile cristallisable, ne pouvant se volatiliser qu'avec difficulté, s'altérant plus ou moins par la distillation, et assez grasse enfin pour tâcher le papier d'une manière permanente. Ce sont les caractères d'une huile bien plus rapprochée des huiles grasses que des huiles volatiles.

M. Pelletan, qui eut l'occasion d'étudier l'huile extraite de l'eau-de-vie de pommes de terre, lui attribue des propriétés bien différentes. Elle lui offrit tous les caractères d'une véritable huile essentielle, qui, dans beaucoup de cas, lui parut se rapprocher de l'alcool lui-même par ses réactions.

Cette dernière circonstance m'avait toujours fait désirer l'occasion d'étudier cette huile par moi-même; car plus que personne je cherche à m'éclairer par l'étude consciencieuse des faits sur la question des alcools et des éthers. J'ai donc examiné avec empressement un échantillon de cette huile provenant de la fabrique de M. Dubrunfaut, et recueilli par ses soins.

Telle que je l'ai reçue, cette huile était fortement colorée en jaune rougeâtre, et d'une odeur des plus désagréables. Quand on respire trop long-temps un air qui en est chargé, on éprouve des nausées et une pesanteur de tête pénible.

Parmi les corps dont j'ai étudié l'action sur elle, le carbonate de potasse est celui qui modifie le plus son odeur. Distillée avec de la potasse du commerce, elle prend une odeur de fruit analogue à celle de l'éther nitrique ou de la pomme de rainette.

A l'état brut, cette huile, quoique insoluble en apparence dans l'eau, renferme encore une très-grande quantité d'alcool. Pour l'en débarrasser, il faut mettre à profit la différence de volatilité qui existe entre ces deux corps. Ainsi, en soumettant l'huile brute à une distillation ménagée, on obtient un résidu qui bout à 130 ou 132°, et que l'on recueille à part. Si l'on a eu soin de rejeter les premiers produits, et de récolter séparément les produits moyens, on pourra, en redistillant ces derniers avec la même précaution, en retirer une nouvelle dose d'huile bouillante de 130 à 132°

L'huile ainsi obtenue, soumise elle-même à des rectifications ménagées, fournit enfin un produit homogène, bouillant à 131°5, limpide, incolore, et d'une odeur nauséabonde particulière. Elle se compose de carbone, d'hydrogène et d'oxigène, dans des rapports qui sembleraient indiquer quelque affinité entre elle et la famille de l'alcool et des éthers; mais il est probable que c'est simplement un corps de la famille des camphres ou des huiles essentielles analogues.

0,268 de matière ont donné, 0,330 eau et 0,672 acide carbonique.

N.

0,372 *id.* ont donné 0,457 eau et 0,973 acide carbonique.

D'où l'on tire les nombres suivans :

	I	II
Carbone.	69,3	68,6
Hydrogène.	13,6	13,6
Oxigène.	17,1	17,1
	100,0	100,0

Comme cette huile bout d'une manière parfaitement régulière, on a pris la densité de sa vapeur, qui s'est montrée constante dans diverses expériences : l'une d'elles, par exemple, a donné les résultats suivans :

Température de la vapeur. . . .	177° C
Baromètre.	0,764
Température de l'air.	14, C
Excès du poids du ballon plein de vapeur sur le ballon plein d'air. . .	0,432
Capacité du ballon. . . .	349 cent. cubes
Air restant avec la vapeur.	0,
Poids du litre.	4,089
Densité de la vapeur. . .	3,147

Ces divers résultats conduisent à la formule $C^{10} H^{12} O$, qui donnerait en effet un poids :

C^{10}.	382,6	68,6
H^{12}.	75,0	13,4
O.	100,0	18,0
	557,6	100,0

Elle donnerait pour la densité de la vapeur les résultats suivans :

C^{10}.	4,2160
H^{12}.	0,8256
O.	1,1026
	6,1442

$$\frac{6,1442}{2} = 3,0721$$

Ainsi chaque volume de vapeur renferme d'après cela $C^5 H^6 O^{1/2}$, ce qui rattache cette huile à la famille des camphres. Celle que M. Pelletan a étudiée retenait encore de l'alcool. A. P.

OBSERVATIONS

Sur la rosée des marais, présentées à l'Académie royale des sciences le 18 *août* 1834, *par* M. Julia-Fontenelle.

La funeste influence qu'exercent les effluves marécageux sur le corps humain a fixé depuis long-temps l'attention des médecins et des sociétés savantes.

En 1764, l'Académie de Bordeaux en fit le sujet d'un prix dont M. Fournier-Choisy obtint une partie.

En 1774, l'Académie de Nancy demanda, par voie du concours, quels étaient les moyens propres à améliorer la salubrité de cette ville. Le docteur Coste obtint le prix.

En 1789, la Société royale de médecine de Paris ne regardant pas le problème résolu, proposa de nouveau cette intéressante question ; M. Baumes, professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, fut couronné.

En 1820, l'Académie royale des sciences de Lyon, pensant que les découvertes de la chimie pneumatique pourraient porter un nouveau jour sur cette intéressante étude, en fit le sujet d'un prix double, dont l'un fut décerné à mon ouvrage intitulé : *Recherches chimiques et médicales sur l'air marécageux*, dont j'ai eu l'honneur de faire hommage à l'Académie, et qui contient des faits qui se trouvent également dans le travail de M. Boussingault. Il paraît que cet habile chimiste n'a pas eu connaissance de mon travail, puisqu'il a passé sous silence les expériences de M. Vauquelin et les miennes sur la rosée. C'est pour y obvier que j'ai cru devoir remplir cette lacune.

Plusieurs auteurs ont cru que la condensation des vapeurs des marais devait s'opérer avec celle de la rosée. Alibert (1) conseilla de la recueillir au moyen d'un entonnoir rempli de glace pilée. Moscati (2) donna la préférence à un ballon rempli de glace. Rigaut de l'Isle (3) s'est servi de trois grands carreaux de vitre inclinés, au-dessus desquels il mit une bouteille de verre munie d'un entonnoir. En 1812, il recueillit ainsi dans les marais de Languedoc et de Provence deux bouteilles de rosée que M. Vauquelin examina six mois après.

Cette eau avait contracté une légère odeur d'acide hydrosulfurique ; elle tenait en suspension quelques flocons, et rétablissait la couleur du tournesol rougie par un acide.

Les nitrates d'argent et de mercure y annonçaient un hydrochlorate. Soumise à l'évaporation, cette eau laissa un résidu jaune, pesant deux ou trois grains, d'un goût salé, noircissant par le calorique, faisant effervescence avec les acides, et donnant par le nitrate d'argent un précipité jaune qui se dissolvait dans l'acide nitrique. Le résidu avait contracté une couleur blanche.

M. Vauquelin conclut de cet essai que dans la substance animale ce flocon constituait la plus grande partie des principes contenus dans cette eau, et qu'elle donnait en outre de l'ammoniaque, de l'hydrochlorate et du carbonate de soude. Le résidu ne précipitait plus par les sels de platine.

Cette analyse ne saurait donner une idée exacte des

---

(1) *Traité des fièvres pernicieuses.*

(2) Académie del Amento.

(3) *Mémoire sur l'air des marais*, Aria cativa *des Italiens.*

constituans de la rosée des marais, attendu que cette liqueur n'ayant été examinée que six mois après avoir été recueillie, elle devait avoir éprouvé quelque altération ; c'est ce que sentit M. Rigaud de l'Isle ; aussi prit-il le parti d'analyser lui-même la rosée au moment où il venait de la recueillir. Cette eau était inodore, d'une couleur blanche : elle déposait sur le filtre quelques petits flocons, et verdissait l'infusion de mauves.

Par l'eau de chaux, } aucun changement.
— le sous-acétate de plomb, }
— le nitrate d'argent, précipité gris de lin qui passa au pourpre foncé.
— le nitrate de mercure, précipité insoluble d'un jaune clair.

L'air dégagé par le calorique n'éteignait pas les bougies, et n'annonçait ni l'acide carbonique, ni le gaz hydrogène sulfuré. Il en conclut que la rosée de marais contenait de l'air ordinaire, sans mélange d'aucun gaz, des sels alcalins et des substances végétales et animales.

Cette analyse ne me paraissant rien moins que concluante, je crus devoir m'y livrer à mon tour, afin de la faire servir à la solution de la question proposée par l'Académie royale de Lyon.

En conséquence, le 25 août 1819, je recueillis dans le marais du Cercle, département de l'Aude, par le procédé de M. Rigaud de l'Isle, quatre litres de rosée.

Cette eau était inodore, incolore et assez claire; elle tenait en suspension quelques petits flocons qu'elle déposa sur le filtre. Soumise à l'action du calorique, elle donna seize centilitres d'un gaz qui, soumis à diverses expériences eudiométriques, donna, pour 100 parties :

Gaz acide carbonique. . . .	2,17
— oxigène.	30,30
— azote.	67,53
	100,00

Cette eau, avant d'avoir été privée d'air, ainsi qu'après cette opération, ne faisait éprouver aucun changement au sirop de violettes, ni au papier de tournesol rougi par un acide.

Traitée par le nitrate d'argent, elle blanchit et donne un précipité d'un blanc sale.

Par le nitrate de mercure, précipité tirant sur le jaune.

— l'eau de chaux, } rien.
— de potasse, }
— de soude, }
— l'ammoniaque, }
— l'oxalate ammoniacal, léger précipité blanc.
— l'hydrochlorate de baryte, rien.

Cet essai m'annonça que la rosée ne contenait aucun acide ni aucun alcali libres, mais bien des sulfates, des hydrochlorates et de la chaux.

L'ayant évaporée à siccité, le résidu bien séché pesa trois décigrammes. Se trouvant en trop petite quantité pour le soumettre à une série d'expériences, je me bornai aux suivantes. Ce résidu était d'un blanc sale ; il décrépitait légèrement sur le feu, et faisait effervescence avec les acides. Il se dissolvait dans l'eau, à l'exception d'une petite portion dont l'acide hydrochlorique s'emparait avec effervescence, et que l'oxalate d'ammoniaque précipitait.

Suivant cet aperçu et les diverses expériences dont je crois devoir épargner au lecteur le détail, en ce quellles n'offrent rien de nouveau, la rosée des marais contient encore un vingt-cinquième d'air atmosphérique plus oxigéné que celui de l'atmosphère ;

De l'acide carbonique,
De l'hydrochlorate de chaux,
De l'hydrochlorate de soude,
Un sulfate,
Du carbonate de chaux.

Quant à la substance floconneuse, elle était évidemment azotée : d'où l'on peut conclure qu'à cette substance organique près, la rosée des marais se rapproche beaucoup de l'eau de pluie, et surtout de celle des sources des environs d'Upsal, analysées par Bergmann.

Ces expériences, plusieurs fois répétées, m'ont constamment donné les mêmes résultats. Afin de porter plus d'intérêt à ce travail, je crus devoir analyser comme point de comparaison la rosée ordinaire ; et, à l'exception des flocons précités, je n'en ai obtenu que les mêmes résultats. D'où peut provenir la différence qui existe entre mon travail et celui de M. Rigaud de l'Isle ? Tout ce que je puis affirmer, c'est que je l'ai répétée plusieurs fois, et avec toute l'attention possible.

M. Boussingault, ainsi qu'il l'annonce dans son mémoire, s'est livré de son côté à de nouvelles recherches en 1819 et 1829 ; et nous sommes portés à croire que la substance charbonnée par l'acide sulfurique, dans le verre de montre qui avait condensé la rosée, était cette substance floconneuse observée par MM. Moscati, Vauquelin, Rigaud de l'Isle et moi.

Nous ajouterons que, parmi les anciens auteurs qui ont écrit sur la rosée, il en est un (1) qui a annoncé que cette eau réduite en mucilage communique à l'argent une couleur d'or assez constante et durable. Je n'ai point vérifié d'exactitude de ce fait.

MÉMOIRE

Sur un nouvel alcool, et sur les produits éthérés qui en proviennent, lu à l'Académie royale des sciences, le 3 novembre 1834, par MM. Dumas et Peligot.

EXTRAIT.

Dans la séance du 3 novembre, M. Dumas a terminé

(1) Daniel Ludovic, col. acad. tom. 3.

la lecture du mémoire précité, qu'il avait commencée dans la séance précédente.

L'on sait que les produits nombreux qui se forment dans la distillation des bois, sont, depuis quelques années, pour les chimistes, l'objet d'une série d'expérimentations. MM. Dumas et Peligot se sont plus particulièrement occupés de celui qu'on a désigné successivement sous le nom d'*éther pyroligneux*, *d'esprit de bois*, et *d'esprit pyroxalique*. C'est à ce corps qu'ils ont reconnu les caractères d'un véritable alcool isomorphe avec l'alcool ordinaire.

L'esprit de bois existe en solution dans la partie aqueuse des produits de la distillation du bois. Celle-ci étant décantée pour la séparer du goudron non dissous, on la soumet à la distillation dans les fabriques, afin d'en extraire, au moins en partie, le goudron qu'elle tient en dissolution. C'est dans les premiers produits de cette distillation qu'il faut chercher l'esprit de bois. On recueille donc les dix premiers litres provenant de chaque cent litres de liqueur mise en distillation, et l'on soumet ce produit brut à des rectifications répétées, comme si l'on voulait concentrer de l'eau-de-vie. Comme le point de l'ébullition de l'esprit de bois est très-bas, ces rectifications peuvent s'opérer au bain-marie, et l'on peut, à cause de cela, le dépouiller de la presque totalité des substances étrangères.

L'esprit de bois pur est un liquide très-fluide, incolore, d'une odeur particulière qui est à la fois alcoolique, aromatique et qui se rapproche de celle de l'éther acétique; il brûle avec une flamme semblable à celle de l'alcool ordinaire, bout à 66°,5 sous la pression de 0,701. Son poids spécifique est de 0,798 à la température de 20 c°; la densité de sa vapeur est de 1,120. La composition est représentée par :

$$C^4 H^4, H^4 O^2.$$

Ainsi, chaque volume d'esprit de bois renferme 1 volume de carbone, 2 volumes d'hydrogène, et un 1/2 volume d'oxigène.

Du méthylène.

C'est ainsi que MM. Dumas et Peligot nomment l'hydrogène carboné C^4, H^4, qui forme le radical de toutes les combinaisons dont nous allons parler. Ainsi, d'après eux, l'esprit de bois est un *bihydrate de méthylène*, renfermant 1 volume de vapeur d'eau, et 1 volume de méthylène condensé en 1 volume.

L'esprit de bois expose au contact de l'air et du noir de platine se convertit en acide formique, tandis que l'alcool ordinaire soumis à la même action donne de l'acide acétique. Les acides exercent sur l'esprit de bois une action spéciale. Il est cependant digne de remarque que l'action des acides oxigénés, tels que l'acide nitrique, est beaucoup plus faible que celle que les acides exercent sur l'alcool.

Lorsqu'on met en contact une solution de potasse dans l'esprit de bois avec du sulfure de carbone, il se forme un produit analogue à celui que M. Zeise a décrit sous le nom d'hydroxanthate de potasse. L'esprit de bois dissout parfaitement les résines, et, comme il est plus volatil que l'alcool, il est très-propre à la fabrication des vernis.

Hydrate de méthylène.

C'est ainsi que les auteurs nomment le gaz qu'on obtient en distillant un mélange d'une partie d'esprit de bois, et 4 parties d'acide sulfurique concentré. Ce gaz est à l'esprit de bois ce que l'éther sulfurique ordinaire est à l'alcool, c'est-à-dire que le *bihydrate de méthylène* (esprit de bois) a perdu moitié de son eau pour former l'éther ordinaire. Ce gaz présente en effet à l'analyse eudiométrique la composition suivante :

$$C^4 H^4 H^2 O.$$

L'hydrate de méthylène est un gaz incolore, d'une odeur éthérée, brûlant avec une flamme pâle. L'eau à 18° en dissout 37 fois son volume. En faisant agir le bihydrate de méthylène sur les hydracides, on obtient des composés nouveaux parfaitement analogues aux éthers hydrochlorique, hydriodique, etc. de l'alcool. Dans ces composés il entre toujours un volume d'acide pour un volume de méthylène.

Hydrochlorate de méthylène.

On l'obtient aisément en chauffant un mélange de 2 parties de sel marin, 1 d'esprit de bois, et 3 d'acide sulfurique concentré. A l'aide d'une douce chaleur on obtient un gaz qui peut se recueillir sous l'eau, et qui est l'hydrochlorate de méthylène pur. Ce gaz a une odeur éthérée, brûle avec une flamme d'un beau vert; l'eau en dissout 2,8 de son volume à 16 C°; sa formule est représentée par $C^4 H^4, H^2 Ch^2$; il est décomposé en passant à travers un tube de porcelaine rouge; il se produit de l'acide hydrochlorique et un gaz carburé qui est le méthylène, qu'on n'a point encore obtenu bien pur par ce procédé.

Hydriodate de méthylène.

On le prépare en distillant 1 partie d'acide, 8 de phosphore, et 12 d'esprit de bois. Il est sous forme d'un liquide incolore, dont la densité à 22° est de 2,237; il entre en ébullition dans 50. D'après l'analyse qu'ils en ont faite, il est représenté par $C^4 H^4, I^2 H^2$.

ACTION DES ACIDES SUR L'ESPRIT DE BOIS.

Sulfate de méthylène.

Si l'on distille une partie d'esprit de bois, et 8 à 10 d'acide sulfurique à 66, l'on obtient une liqueur huileuse, plus dense que l'eau. Cet éther, convenablement rectifié, est incolore, d'une odeur alliacé, d'une den

sité à 22° de 1,324; il bout à 188 degrés. Sa formule est $H^2 O, C^4 H^4 I O^3$. C'est un véritable *sulfate neutre de méthylène* avec un atome d'eau. Avec l'acide de ce composé l'on peut produire toutes les combinaisons de méthylène; avec du cyanure de potasse il donne du sulfate de potasse et de l'hydrochlorate de méthylène, ou éther hydrocyanique.

Nitrate de méthylène.

On l'obtient en distillant ensemble partie de nitrate de potasse en poudre, 1 d'esprit de bois, et 2 d'acide sulfurique. On distille le produit obtenu au bain-marie. On a ainsi un liquide incolore, d'une densité de 1,182, qui brûle brusquement et avec une flamme jaune; chauffé dans un tube, même ouvert, il détonne avec violence. MM. Dumas et Peligot ont été blessés par suite de cette détonation. Sa formule est $H^2 O, C^4 H^4, A_2 O^5$; chauffé avec la potasse on obtient de l'esprit de bois et du nitrate de cet alcali.

Oxalate de méthylène.

On distille un mélange de parties égales d'acide sulfurique, d'acide oxalique et d'esprit de bois; il passe un liquide qui, exposé quelque temps à l'air, dépose de volumineux cristaux qui sont l'oxalate de méthylène. Cet éther fond vers 51°, et distille à 161°. Il cristallise parfaitement en lames rhomboïdales d'un grand éclat. Sa formule est de $H^2 O, C^4 H^4 C^4 O^3$; c'est-à-dire 1 atome d'acide oxalique, 1 atome de méthylène, et un atome d'eau.

Acétate de méthylène.

On l'obtient par la distillation de 2 parties d'esprit de bois et 1 d'acide acétique cristallisable. C'est un liquide incolore, d'une odeur agréable, bouillant à 55 C°; sa densité est de 0,919; sa formule $H^2 O, C^4 H^4, C^6 H^6 O^3$.

Sulfo-méthylate de baryte.

Il s'obtient par les mêmes procédés que le sulfovinate de baryte, sel avec lequel il correspond. Il cristallise en belles lames carrées, incolores, inaltérables à l'air. Sa formule est $C^4 H^4, H^2 O SO^3 + H^4 O^2$. En traitant la solution aqueuse de ce sel par une quantité d'acide sulfurique suffisante pour enlever la baryte, filtrant et évaporant dans le vide, l'on obtient le bisulfate de méthylène qui correspond à l'acide sulfovinique de l'alcool; il cristallise très-bien.

Les résultats de toutes les expériences de MM. Dumas et Péligot se réduisent aux faits ci-après :

1° L'esprit de bois correspond à l'alcool.

2° En perdant la moitié de son eau, il forme un éther gazeux.

3° Sa radicale s'unit volume à volume aux hydracides pour former des éthers neutres anhydres.

4° Il s'unit atome à atome aux oxacides, pour former des sels neutres toujours hydratés.

5° Il forme avec l'acide phosphorique et l'acide sulfurique des bisels qui dissolvent les bases minérales pour former des sels doubles.

6° Enfin la chimie s'enrichit de trois nouveaux gaz par ce travail : le *méthylène*, l'*hydrate* et l'*hydrochlorate de méthylène*.

L'histoire du méthylène présente aussi des cas d'isomérie très-remarquable. Ainsi :

L'*hydrate de méthylène* est isomérique avec l'alcool;
Le *carbonate de méthylène* avec l'acide citrique;
Le *formiate de méthylène* avec l'acide acétique;
Le *citrate* avec le sucre.

Les auteurs se proposent de continuer leurs recherches sur cet intéressant sujet.

JULIA-FONTENELLE.

NOTE

Sur une substance nouvelle nommée Enallochrôme (Polychrôme); par M. L. A. BUCHNER, fils.

Dans une lettre adressée à M. Julia-Fontenelle, M. Heberger lui avait annoncé la découverte qu'il venait de faire de cette substance avec M. Buchner fils : depuis, ce dernier lui a adressé la note suivante.

On avait observé que les décoctions ou infusions aqueuses et alcooliques de quelques substances végétales, telles que l'écorce de marronier d'Inde, de bois de quassia, de racine d'angélique, les semences de stramonium, etc., ont la propriété de présenter, sous certaines influences, surtout à la lumière reflétée et au contact d'un alcali, un phénomène multicolore (bleu, vert et jaune).

Ce phénomène déjà connu, fut, dans les derniers temps, le sujet des recherches de MM. Martius, Raab, Fab. de St-Minor, etc. Il en résulte que la propriété qu'ont ces liquides de changer de couleur, fut attribuée à un principe particulier qui paraît appartenir à la classe des sous-alcaloïdes, qu'on nomme polychrôme, bicolorine, et en allemand *schillerstoff*, (changeur de couleur).

Ce principe vient d'être isolé de l'écorce du marronnier d'Inde par MM. Buchner fils et Heberger, de la manière suivante : On prépare un extrait aqueux de cette écorce; on le délaye dans l'eau, et l'on en précipite le tannin et les principes colorans par les sous-acétates de plomb; on filtre, et l'on en sépare l'excès de cet oxide métallique au moyen d'un courant de gaz hydrogène sulfuré; l'on filtre de nouveau, et l'on fait évaporer jusqu'en consistance sirupeuse. Au bout de quelques jours, le polychrôme se dépose en une masse granuleuse que l'on purifie en la lavant dans de

l'eau froide; et la pressant entre des feuilles de papier joseph.

Le polychrôme ainsi obtenu est sous forme de cristaux blancs, d'une consistance granuleuse, d'un goût amer tirant sur celui de la salicine; il est soluble dans 300 parties d'eau froide, 120 d'alcool absolu, et 100 d'alcool à 32; il se dissout aussi dans de l'eau acidulée ou alcaline: il est insoluble dans l'éther et les huiles volatiles; mais la propriété caractéristique de ce corps, c'est de produire, en solution dans l'eau ou dans l'alcool, même en très-petite quantité, les phénomènes multicolores précités.

Pour faire paraître la couleur bleuâtre, il suffit de plonger dans un verre d'eau un morceau de papier sur lequel il n'existe même que des traces de polychrôme pur. La plupart des acides font disparaître la couleur bleue, et les alcalis la reproduisent. L'acide nitrique étendu d'eau dissout le polychrôme, et prend une couleur jaune que la potasse convertit en beau rouge.

On a profité de cette propriété du polychrôme de colorer les liquides pour donner des couleurs agréables aux liqueurs; pour cela on fait bouillir une partie d'écorce de maronnier d'Inde dans 6 parties d'alcool à 36 degrés; on filtre à chaud, et l'on distille pour recueillir les trois quarts de l'alcool; on place le résidu dans un lieu frais, et au bout de quelques jours l'on obtient une grande quantité de cristaux de polychrôme. Si on en dissout deux grains dans deux gros d'alcool, cette dose suffit pour produire dans une grande quantité d'une liqueur, un beau bleu, par la lumière reflétée. Si l'on mêle cette solution de polychrôme avec des liqueurs incolores, jaunes ou rouges, alors elles présentent par la lumière réfractée lesdites couleurs, pendant qu'elles offrent par la lumière reflétée un si agréable jeu de couleurs qu'on la pourrait nommer *liqueur d'Iris*.

Quelques mois auparavant, M. Heller avait publié une note sur un nouvel alcaloïde qu'il avait découvert dans l'écorce du frêne, et qu'il nomma *fraxinine*. MM. Heberger et moi nous nous sommes convaincus que ce produit est identique avec le polychrôme.

Le quinquina jaune et le sulfate de quinine paraissent contenir un principe analogue au polychrôme, mais d'une nature acide; car l'on observe, en dissolvant du sulfate de quinine dans l'eau qui contient de l'acide sulfurique, les mêmes phénomènes de couleurs qu'avec le polychrôme pur. MM. Buchner et Heberger se proposent d'étudier les propriétés chimiques et médicales du polychrôme, qu'ils proposent de nommer *Enallochrôme*, de deux mots grecs qui signifient passant d'une nature à l'autre.

J.-F.

Décisions judiciaires qui doivent être connues des pharmaciens

Notre Journal étant particulièrement destiné aux pharmaciens, nous avons pensé qu'il serait utile de recueillir les décisions judiciaires qui peuvent les intéresser, et de les faire connaître à nos collègues en y joignant les réflexions que ces décisions nous auraient inspirées. Nous pensons, en cela, être utiles et à la pharmacie et à ceux qui l'exercent.

Empoisonnement par les pilules de Morisson.

On a traduit dernièrement devant les assises de la ville d'Yorck, sous la prévention de crime d'empoisonnement, le nommé Webbe, propriétaire d'une taverne nommée *le Café de Londres*. Voici les faits: Un jeune homme employé chez Webbe, ayant été atteint de la petite vérole, ce dernier, au lieu d'appeler un médecin, lui administra des pilules de Morisson, *Morrisson's pills*. Ce traitement fut commencé le 17 juin: le 20, Richardson était mort. Une enquête ayant eu lieu, l'autopsie fut faite, et on reconnut que le tube intestinal avait été le siége d'une grave inflammation, inflammation qui fut attribuée par les médecins, non à la maladie, mais à la nature du traitement mis en usage. M. W. West fut chargé de faire l'analyse des pilules; il les trouva composées de crême de tartre, de gommegutte, d'essence d'aloès, et d'une petite quantité de rhubarbe; et plusieurs médecins, MM. Allan, Mathiesson, Belcomb et Walker affirmèrent que dans l'état où était le malade, elles ont pu accélérer sa mort. L'inventeur, interrogé sur la nature de ses procédés, révéla le secret de sa préparation, et convint que dans le cas de petite vérole, ses pilules, administrées à fortes doses, pouvaient donner la mort (1). La cause ayant été entendue, Webbe fut déclaré coupable par le jury, et quoiqu'il fût presque démontré qu'il n'avait pas d'intérêt à commettre un empoisonnement sur Richardson, il fut condamné à la peine de mort. On espère que la peine sera commuée, les membres de la cour s'étant réunis pour en faire la demande à sa majesté (2).

Empoisonnement par le sublimé corrosif.

Un des événemens qui sont doublement déplorables, car toutes les parties sont également à plaindre, amènait aujourd'hui sur les bancs de la police correctionnelle MM. E..., pharmacien, et B....., son élève, prévenus d'homicide par imprudence. Trois jeunes enfans étaient légèrement malades: le médecin leur avait pres-

---

(1) Les pilules avaient été données à Richardson à la dose de 10, 15, et même 20.

(2) La fabrique des pilules de Morisson, annoncées par un *prospectus* comme digestives, laxatives, purgatives, antiseptiques, anti-scorbutiques, etc., etc., forme un établissement particulier dans *New Road*, à l'une des extrémités de Londres; là une douzaine d'hommes pilent et préparent ces pilules. Un procès a été intenté en 1834, à Morisson, à cause du bruit causé par le voisinage de son établissement; mais le jury n'accorda au plaignant, le nommé Raphaël, qu'un schelling de dommages-intérêts.

crit une potion dans laquelle il entrait une petite quantité de calomel. (Protochlorure de mercure.)

Cette ordonnance fut présentée chez M. E....., pharmacien, au moment où il venait de sortir pour prendre un bain. Le jeune B....., son élève prépara la potion, et par une inadvertance bien coupable sans doute, quand on songe à ses funestes résultats, il lut sur la formule et mit dans la mixtion, au lieu de *proto-chlorure de mercure*, du *deuto-chlorure de mercure*, du sublimé corrosif.

Empoisonnés par cette pernicieuse substance, les enfans reçurent en vain tous les soins qu'exigeait leur position : on leur fit prendre une assez grande quantité d'albumine, mêlée d'eau et de lait, mélange auquel on attribue la faculté de décomposer le *deuto chlorure de mercure;* mais après d'assez longues souffrances, ils expirèrent tous trois.

Le ministère reprochait au jeune B..... les suites de sa méprise ; il reprochait aussi à M. E..... de n'avoir pas tenu cette matière vénéneuse enfermée à clé, ainsi que le prescrivent les lois sur la pharmacie, et de s'être rendu, par cette infraction aux réglemens, la cause première du malheur qui est arrivé.

Le tribunal, admettant toutefois les circonstances atténuantes qui existent dans la cause, a condamné B..... à un mois de prison, M. E..... à 50 fr. d'amende, et tous deux solidairement à 2,000 f. de dommages-intérêts au profit du père des enfans empoisonnés.

M. le procureur du roi ayant appelé de ce jugement, la cause fut plaidée de nouveau ; la décision des juges fut maintenue à l'égard de l'élève ; mais le pharmacien fut condamné à une amende de 600 francs.

Cette cause, des plus fâcheuses, donnera lieu à des réflexions que nous avons déjà été à même de faire dans plusieurs circonstances. Ces réflexions portent, 1° sur le changement de nomenclature des substances employées dans l'usage pharmaceutique ; 2° sur la manière négligée avec laquelle quelques médecins écrivent leurs ordonnances ; 3° sur la condition imposée au pharmacien de tenir ses médicamens énergiques sous clé. Déjà nous avions fait observer que l'emploi, en pharmacie, des termes scientifiques, pourrait donner lieu à des méprises fâcheuses (1) (*J. Ch. méd.*, t. 2, p. 208); mais nous avons eu positivement la preuve de ces méprises pendant que nous exercions la pharmacie. En effet, entre autres ordonnances qui nous ont été présentées, nous en avons trois entre les mains qui démontrent bien positivement que l'emploi de plusieurs nomenclatures peut donner lieu à des erreurs. La première de ces ordonnances prescrit sur un cataplasme *l'acide chlorique;* la deuxième prescrit de préparer un opiat avec *de l'oxide* de carbone et *du miel* en suffisante quantité ; la troisième, intitulée *potion calmante*, devait se composer d'eau de laitue, deux onces ; d'eau de fleur d'oranger, demi-once ; de sirop de gomme, une once ; enfin de *sel acétique d'opium*, *une once.* Il y a eu évidemment dans ces trois cas des erreurs que nous rapportâmes à l'emploi de la nouvelle nomenclature. En effet, dans les deux premiers, on avait voulu prescrire *l'acide hydrochlorique et le charbon.* Quant au troisième, nous n'avons jamais pu nous expliquer ce que le médecin avait voulu ordonner sous le nom de *sel acétique d'opium à la dose d'une once*, des circonstances particulières nous ayant empêché d'avoir à ce sujet des explications convenables. Nous prîmes cependant nos précautions, pour que la potion que nous préparâmes en modifiant la formule, fût une potion calmante, voulant en cela remplir l'indication portée sur le titre de la formule (1).

De la manière dont les prescriptions sont écrites, nous avouerons que, dans quelques occasions, nous avons été forcés, ne pouvant lire le texte des formules qui nous étaient apportées, de suspendre la préparation du médicament, et de faire présenter la prescription au médecin, afin de connaître une partie de son contenu. Nous pensons donc qu'il est *absolument nécessaire* que les prescriptions médicales soient écrites en toutes lettres, et que l'écriture soit lisible et sans abréviations.

Quant à ce qui concerne la tenue des poisons dans une armoire fermée à clé par le pharmacien, nous ne concevons pas une punition infligée pour la non-observation de ce soin, si l'on considère, la chose ayant été jugée dernièrement, *qu'un pharmacien peut tenir à la fois deux officines.* Il est à désirer qu'une loi sur la pharmacie abroge des conditions inexécutables ; car nous ne concevons pas comment un pharmacien peut se trouver tout à la fois dans ses deux officines, afin d'y délivrer les substances actives qui entrent souvent à de très-petites doses dans la composition des préparations médicamenteuses.

(1) Nous connaissons un pharmacien de Paris qui, *par mesure de prudence*, fit, six mois après l'ouverture de sa pharmacie, enlever les étiquettes de ses flacons, étiquettes qui étaient en latin, pour y substituer les dénominations françaises : les uns le blamèrent, les autres le louèrent d'avoir pris cette mesure.

(1) Nous avons conservé les trois formules dont il est ici question : elles démontrent les erreurs qui peuvent résulter de l'emploi d'une nomenclature que l'on ne connaît pas bien.

NOTE

Sur les préparations phosphorées ; par M. Soubeiran.

(EXTRAIT.)

Un fait qui domine toute l'étude thérapeutique du phosphore, c'est sa facile combustibilité, surtout quand il est dans un grand état de division : cependant ce médicament doit être très-divisé, ou mieux dissous dans ses diverses préparations. Toutes ces préparations s'altèrent aussi promptement en absorbant l'oxigène de

l'air, même à la température ordinaire, en formant de l'acide phosphatique : aussi ces médicamens doivent être préparés en petite quantité et conservés dans des vases bien bouchés.

Ether phosphoré.

Phosphore.	*Q. V.*
Éther sulfurique pur. .	*S. Q.*

On dépouille l'éther de l'alcool qu'il contient par un lavage à l'eau, et ensuite de l'eau par sa distillation sur le chlorure de calcium. Cela fait, on met un morceau de phosphore et de l'alcool concentré dans un flacon bouché à l'émeri, de grandeur telle qu'il se trouve presque rempli par la quantité d'éther qui doit être employée ; on fait chauffer au bain-marie, et quand le phosphore est en pleine fusion, on ferme le flacon, et l'on agite vivement jusqu'à ce qu'il ait acquis la forme d'une poudre jaunâtre. On décante rapidement l'alcool, on lave la poudre avec un peu d'éther pur que l'on sépare à son tour par décantation, et l'on remplit le flacon de nouvel éther, on le porte à l'obscurité, et l'on agite de temps en temps pendant quelques jours. Au bout de ce temps, on décante l'éther, et on le conserve dans de petits flacons qu'on bouche bien, et que l'on recouvre d'un papier noir.

100 parties d'éther phosphorique, ainsi préparées, contiennent 7 parties de phosphore, ou 4 grains par once.

Huile phosphorée.

Phosphore.	1
Huile d'olive. . . .	30

On met l'huile dans un flacon qui doit en être presque rempli ; on y ajoute le phosphore et l'on chauffe au bain-marie, bouillant pendant quinze à vingt minutes, en agitant vivement de temps en temps ; on tient le flacon fermé pour éviter l'oxigénation du phosphore ; seulement, au commencement, on interpose entre le goulot et le bouchon un morceau de papier qui donne issue à l'air. L'huile se sature ainsi de phosphore et en laisse déposer une partie par le refroidissement ; on décante, et on conserve comme l'éther ci-dessus. Cette huile contient 4 grains de phosphore par once.

Pommade phosphorée.

Phosphore. . . .	1
Axonge.	50

On répète l'opération précédente en substituant l'axonge à l'huile. Quand le phosphore est fondu, et que la température de la graisse a très-sensiblement baissé, on continue d'agiter le flacon en le plongeant de temps en temps dans l'eau. Cette pommade contient 12 grains de phosphore par once.

NOTE

Sur les salines iodifères des andes ; par M. Boussingault.

Ce savant chimiste, qui a étudié les sources salées de ces montagnes, fait remarquer qu'elles présentent un double intérêt, et sous le rapport géologique, et sous le rapport chimique. Il est curieux de voir des salines, pour ainsi dire indépendantes de la nature des terrains, se montrant à la fois dans les roches les plus anciennes et dans les dépôts les plus modernes, ayant probablement une origine qui date du soulèvement des andes, en un mot, devant être considérées comme le résultat du lavage des roches cristallines qui constituent ces montagnes gigantesques. Sous le rapport médical, ces salines sont de la plus haute importance. Dans les Cordillières, l'homme est exposé au goître. Il est peu de villages ayant une élévation de plus de 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, qui n'aient des sujets atteints de cette maladie ; c'est seulement dans les pays où l'on fait usage des eaux des salines iodifères qu'elle ne se montre pas. Les salines en activité dans la province d'Antioche sont fort nombreuses : les principales sont celles de Guaca. L'eau salée se retire d'un puits percé dans une poudingue. Le chlorure de sodium forme la presque totalité de sa saline. On trouve de plus, du

chlorure de potassium,
de calcium,
de l'hydrochlorate de magnésie,
une quantité très-notable d'*iode*,
et des traces de *brôme*. J. F.

EAU DE PUITS IODURÉE,

près des riantes collines del Tojoano.

Il y a quelques années que, hors de la porte de Sarragosse, l'on creusa un puits, d'une profondeur d'environ 72 pieds, dans les propriétés du marquis Zumbeccari : l'eau fut trouvée salée et purgative, et depuis, le professeur Gaetano Sgarzi l'a soumise à l'analyse chimique.

Cette eau est claire, limpide, incolore, inodore, d'une saveur salée très-prononcée, marquant 18 c° ; son poids spécifique est de 1,0055418.

Les réactifs y ont indiqué l'existence des chlorures de quelques sulfates et carbonates, sans acides ni alcalis libres, quoiqu'elle rougisse la teinture de tournesol très-légèrement. Par l'action du calorique cette eau donne à peine des traces de substances gazeuses présumées être de l'air atmosphérique et d'acide carbonique. Une livre a fourni par l'évaporation un résidu

pesant de 62 à 64 grains. Son analyse a indiqué dans 1000 parties d'eau.

Chlorure de sodium.	8,6024
Iodure de soude.	0,0781
Sulfate de chaux.	0,0868
de soude.	0,1388
Alumine.	0,0347
Bicarbonate de chaux.	0,0781
de fer (des traces)	
Perte.	0,0436
	9,0625

Il n'est pas étonnant que deux ou trois livres de cette eau agissent comme un purgatif : ces effets sont dus au sel ioduré qu'elle contient.

De la racine de melon comme succédané de l'ipécacuanha.

Héberger, en traitant du principe amer des cucurbitacées, avait émis l'opinion que dans l'écorce verte extérieure, dans son tissu et dans la racine des plantes de cette famille, il existait un principe amer purgatif et souvent émétique. M. Torosiewiez, pharmacien de Lamberg, pour vérifier cette opinion, a soumis à l'analyse 100 parties de racine de melon ; il en a obtenu :

Ammoniaque.	0,081
Cire.	0,243
Résine molle.	0,221
Matière grasse.	1,413
Résine.	1,091
Gomme.	6,036
Amidon.	2,025
Acide pectique.	0,903
Silice.	0,159
Malate de potasse.	1,589
Chlorure de calcium.	2,803
Sulfate de potasse.	0,201
Phosphate de chaux, nitrate et hydrochlorate de magnésie. .	1,460
Matière extractive obtenue par l'alcool.	5,629
Matière extractive obtenue par l'eau.	2,130
Fibre.	72,727
Perte.	1,289

La racine de melon est émétique ; cette propriété est due à de l'*émétine* qu'on retire de l'extrait aqueux au moyen de l'alcool. Cette substance est brune, solide, compacte, luisante ; elle attire l'humidité de l'air et devient déliquescente ; elle est très-soluble dans l'eau. Sa solution est un peu piquante et amère : l'éther, l'acide acétique et les huiles grasses n'exercent presque aucune action sur elle ; elle se dissout très-bien dans l'alcool à 0,850. Le chlorure d'iode, l'acétate de plomb et l'infusion de noix de galle précipitent la solution de cette émétine. Il n'en est pas de même de l'ammoniaque ni de la potasse caustique. (*Gazetta eclectica de farmaci te chimica.* Vérone.)

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'ENCÉPHALE ET SES DÉPENDANCES, par F. LALLEMAND, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Huitième lettre (1).

Le savant professeur de Montpellier continue ses recherches sur les maladies du cerveau avec une ardeur qui doit donner l'espoir de le voir bientôt terminer ce travail commencé depuis plusieurs années. Il y a à peine quelques mois que nous rendions compte de sa septième lettre, et déjà la huitième vient de paraître. Cette célérité est une nouvelle preuve de l'intérêt qu'inspirent de nos jours toutes les questions relatives à la physiologie et à la pathologie du cerveau. Nous mettons de notre côté le même empressement à faire connaître la suite du travail de M. le professeur Lallemand.

La huitième lettre est consacrée à l'étude de l'ulcération du cerveau, du cervelet, des ventricules et de la destruction et de l'atrophie d'une portion de la substance cérébrale. Ce sujet est l'un des moins féconds de tous ceux dont s'est occupé l'auteur dans les lettres précédentes. En effet, l'ulcération des diverses surfaces de l'encéphale est une altération extrêmement rare, et par cela même peu étudiée et mal connue. C'est à peine si jusqu'ici on compte quelques faits bien observés où elle ait été rencontrée. Aussi avait-elle été complétement négligée, et la plupart des auteurs qui se sont occupés de recherches sur les altérations du cerveau n'en ont fait aucune mention. Cependant, il est évident que dans le cadre que M. Lallemand s'était tracé, l'étude de cette altération devait trouver sa place. Nous ne chercherons pas à déterminer si l'importance de cette étude n'est pas exagérée. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit ailleurs sur le degré d'utilité de ces recherches purement anatomico-pathologiques. Si elles ne sont pas d'une utilité pratique immédiate, au moins elles sont propres à satisfaire quelques esprits par la direction qu'elles donnent à l'étude de la médecine, et qui semble la rapprocher de celle des sciences les plus positives. La seule tâche que nous ayons à remplir ici, c'est de faire connaître les résultats auxquels l'auteur est arrivé dans cette dernière lettre.

L'altération qui en fait l'objet étant très-peu connue, nous dirons d'abord ce qu'il entend par ulcération du cerveau. L'ulcération est pour le cerveau, comme pour tous les autres organes, la destruction d'une certaine quantité de sa substance. C'est la seule circonstance qu'ont de commun tous les faits rapportés ici. Aussi, pour mieux apprécier les changemens qui ont accompagné et suivi cette destruction, l'auteur examine avec soin ce qui s'est passé : 1° dans les tissus désorganisés ; 2° à la surface des parties conservées ; 3° dans l'épaisseur des parties voisines. Dans les cas où la maladie était peu ancienne, on voit des portions de substance cérébrale détachées des parties vivantes en fragmens plus ou moins volumineux, conservant encore tous les caractères qui distinguent le tissu du cerveau à l'état sain ; plus tard, ces débris dispersés, isolés, perdent leurs élémens les plus solubles, se transforment en flocons adipocireux, tandis que les parties les plus ténues, sans cesse broyées avec le sang et le pus, sont plus rapidement absorbées, et bientôt remplacées par une sérosité trouble, puis tout-à-fait transparente ; enfin, dans quelques cas, tout épanchement avait disparu, mais la cavité crânienne s'était affaissée du côté malade ; les os avaient augmenté d'épaisseur. M. Lallemand conclut de ce dernier fait que la collection séreuse qui remplace la perte de substance est due à l'impossibilité où se trouve la voûte osseuse de s'affaisser avec autant de rapidité que s'opère l'absorption des parties désorganisées.

En même temps, la surface des parties conservées éprouve les mêmes modifications qu'à la suite des inflammations ordinaires. D'abord induration, puis retour à la consistance normale et rapprochement des bords de l'ulcère ; mais avec atrophie locale ou affaissement des circonvolutions correspondantes, qui restent plissées et ridées.

L'atrophie congéniale et partielle du cerveau, quelque simple qu'elle soit, ne reconnaît pas d'autre cause que l'altération pathologique que nous venons de décrire, et que l'auteur attribue à une véritable encéphalite, développée à une époque voisine de la conception, mais dont les traces se sont effacées avec le temps, sous l'influence d'une absorption plus complète que dans les cas ordinaires.

Les exemples de ce dernier genre d'ulcération du cerveau ne sont pas rares ; aussi ceux rapportés par l'auteur forment-ils la plus grande partie de la lettre que nous examinons. Une autre partie de la même lettre est consacrée à l'ulcération de la surface interne des ventricules, et ici le rapprochement avec les véritables cas d'ulcération du cerveau est au moins aussi forcé que dans le cas précédent. La plupart des faits de ce genre sont des exemples de perforation de la surface des ventricules par un abcès enkysté ou par les hémorrhagies cérébrales, qui sont si fréquentes dans les corps striés et la couche optique.

Nous nous demandons en vain à quoi peut servir de rapprocher ainsi des faits si différens et qui n'ont d'autre lien commun qu'une perte de substance qui est souvent inappréciable. Aussi n'attachons-nous pas une haute importance aux conclusions générales que l'auteur a tirées de faits aussi disparates et aussi étrangers les uns aux autres. Nous nous contenterons seulement de signaler les suivantes.

On observe la même disproportion entre les sujets des

(1) Chez Béchet jeune, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 4.

deux sexes qui ont présenté l'ulcération du cerveau que dans toutes les autres altérations cérébrales. Le nombre des hommes est deux ou trois fois plus considérable que celui des femmes. Une disproportion aussi considérable ne peut être due au hasard. M. Lallemand croit devoir l'attribuer au surcroît d'activité cérébrale que notre état social exige de la part de l'homme. Cette opinion est confirmée par le relevé qu'il a fait des cas où la maladie s'était développée pendant la vie utérine ou peu de temps après la naissance. En effet, sur 27 individus, 13 étaient du sexe masculin et 14 du sexe féminin. Ici, l'éducation et les fonctions sociales n'ont pu exercer aucune influence sur le cerveau.

On conçoit combien il doit être difficile d'établir quels sont les symptômes qui accompagnent l'ulcération cérébrale, puisque cette altération peut se lier à la plupart des affections du cerveau. Voici cependant ce que M. Lallemand dit avoir été remarqué dans les cas les plus simples, et par conséquent les plus favorables à l'observation. Les symptômes se sont présentés sous la forme remarquable de phénomènes spasmodiques, intermittens, bornés à la moitié du corps opposé au siége de la maladie, suivis, après un grand nombre d'accès, de faiblesse, de paralysie et que la raideur accompagne pendant long-temps. Ainsi, continue l'auteur, si quelque chose peut faire distinguer des autres encéphalites celle qui se termine par ulcération, c'est une disposition plus prononcée au retour des symptômes spasmodiques, une plus grande fréquence de ces espèces d'attaques périodiques, l'apparition tardive de la paralysie et la longue persistance de la raideur musculaire.

Tel est à peu près le résumé de ce qu'offre de plus positif la septième lettre sur l'ulcération cérébrale considérée sous le rapport de l'anatomie pathologique et du diagnostic. Quant aux autres points de l'étude de la même altération, ils n'y sont pas même mentionnés ; les causes sont celles de toutes les affections cérébrales, et l'on chercherait en vain quelques mots sur le traitement ou sur les médications qui conviennent dans ces cas. Au reste, puisque l'encéphalite est toujours, d'après M. Lallemand, le point de départ de la maladie, et que l'inflammation est la cause unique de tous les phénomènes qui lui appartiennent, il est facile de concevoir que dans le même système le traitement antiphlogistique est seul admissible. Si sous le rapport pratique cette lettre laisse tant à désirer, elle offre en revanche sur plusieurs points de la pathologie du cerveau quelques discussions pleines de cet intérêt que l'auteur a su répandre dans ses ouvrages, et que ceux qui n'adoptent pas toutes ses opinions ne peuvent s'empêcher de reconnaître. (*Gaz. méd.*)

RAPPORT SUR LA MARCHE ET LES EFFETS DU CHOLÉRA-MORBUS DANS PARIS et les communes rurales du département de la Seine, par la commission nommée avec l'approbation de M. le ministre du commerce, par MM. les préfets de la Seine et de police. — Imprimerie royale. Paris, 1834.

On pourrait se plaindre, avec quelque apparence de raison, de la publication tardive de ce rapport. Deux années se sont écoulées depuis que le choléra a cessé ses ravages parmi nous, et on dirait que la commission nommée par le gouvernement a eu à peine le temps de réunir tous les matériaux qui devaient entrer dans la composition de son rapport. Cependant, quelque justes que paraissent ces réflexions, on concevra que ce retard était presque inévitable, par la multiplicité des recherches qu'elle a été obligée de faire et par le caractère d'authenticité que devait avoir son travail. D'ailleurs, lors même que ce retard serait entièrement l'effet de la volonté des commissaires, loin de leur adresser des reproches, nous leur en saurions gré, au contraire ; si le volume eût paru immédiatement après la cessation du choléra, au milieu des brochures sans nombre publiées à cette époque, il n'eût produit aucun effet, et eût été oublié en même temps que la plupart d'entre elles.

Nous ne prétendons pourtant pas qu'aujourd'hui il doive produire un effet merveilleux et jeter une vive lumière sur toutes les parties de l'étude du choléra ; mais nous sommes oublieux ; et il est bon de trouver l'occasion de rappeler de temps en temps l'attention sur un sujet aussi grave. Car il faut espérer que quand enfin on aura recueilli un nombre considérable de faits, on pourra mettre à découvert quelques-unes des lois mystérieuses qui règlent la marche de cette maladie et ont échappé jusqu'ici à toutes les investigations.

Nous rappellerons en peu de mots dans quelles circonstances fut nommée la commission à laquelle nous devons ce rapport.

Peu de temps après l'invasion du choléra à Paris, le nombre des cas devint tellement considérable dans les divers quartiers que les rapports particuliers se trouvaient trop souvent en contradiction, et n'embrassaient qu'un trop petit nombre de faits ; l'administration, qui possédait des documens précieux, des matériaux sans nombre sur quelques-unes des circonstances les plus importantes, sentit la nécessité de recueillir ces immenses richesses ; et, pour qu'elles fussent coordonnées et mises au jour, elle nomma une commission composée des dix membres, parmi lesquels nous regrettons de ne trouver que trois médecins (1).

Dès le commencement, la peur avait exagéré beaucoup de faits ; le trouble des premiers momens en avait laissé perdre beaucoup d'autres ; il a fallu les rétablir. Une multitude de demandes, de recherches, de vérifications étaient nécessaires ; mais comme ce travail ne se compose que de documens matériels, pour ainsi dire, de faits où l'interprétation est inutile, et où le résultat numérique a seul quelque valeur, il n'est pas douteux que les nombreuses investigations auxquelles s'est livrée la commission n'offrent tout le degré d'exactitude que l'on a le droit d'en attendre.

---

(1) Les membres de cette commission étaient MM. Benoiston de Chateauneuf, de l'Académie des sciences morales et politiques ; Chevallier, chimiste ; Devaux, Millot, Parent-Duchâtelet, D.-M. ; Petit, D.-M. ; Pontonnier ; Trébuchet ; Villermé, D.-M. ; Villot (c'est M. Villot, chef de l'état civil et de la statistique à la préfecture du département, qui a été chargé de la rédaction).

Cependant on ne peut espérer de trouver dans le travail de la commission des recherches médicales proprement dites; son but n'était point d'éclaircir les questions importantes qui partagent les médecins sur la nature, l'origine et une foule d'autres points de l'étude de cette maladie; sa composition ne le lui aurait pas permis, et les matériaux que l'administration pouvait lui fournir, auraient été complétement insuffisans. Elle s'est bornée seulement à recueillir les documens relatifs à l'invasion et à la marche du choléra dans Paris et le département de la Seine.

Les opinions les plus différentes régnaient relativement à l'influence des divers genres d'insalubrité sur la propagation du choléra, sur celle des différentes classes, des professions, des âges, du sexe même; toutes questions qui pouvaient être résolues par les recherches de la commission. Nous allons faire connaître les résultats auxquels elle est arrivée, en donnant une analyse rapide de son travail, qui est partagé en douze chapitres.

Les deux premiers sur les précautions prises par l'administration avant l'invasion du choléra et sur l'état sanitaire de la ville de Paris, à cette époque, sont peu importans. La seule conclusion rationnelle que l'on puisse en tirer c'est que l'on n'avait encore à cette époque aucune notion exacte en France sur la manière dont se propage une maladie qui depuis 15 ans avait visité successivement la plus grande partie du globe, et qui depuis plus d'un an nous menaçait de plusieurs côtés.

Quel eût été l'effroi général si à l'époque de l'invasion du choléra on eût connu les embarras et la triste position de la capitale? Quel secours pouvait-on attendre de l'administration quand tous ses efforts suffisaient à peine pour faire disparaître les restes des victimes que le fléau avait frappées; alors qu'elle s'est vue sur le point d'être obligée de laisser les cadavres au milieu des vivans, faute de moyens de transport et par le refus des ouvriers fossoyeurs qui ne voulaient plus ni ouvrir de nouvelles fosses, ni toucher les cercueils dont ils croyaient voir sortir pour eux la contagion et la mort.

Une question qui a été vivement disputée et sur laquelle les recherches de la commission ne doivent laisser aucun doute, c'est le nombre des victimes du choléra dans la capitale. Ce nombre a été, comme on le sait, singulièrement exagéré. Beaucoup de personnes ne craignent pas d'affirmer avec confiance qu'il ne s'élève pas à moins de quarante ou de cinquante mille; les plus modérés croient être exacts en l'évaluant à trente; et cependant d'après les recherches de la commission le nombre des cholériques décédés depuis le mois de mars 1832 jusqu'au mois de septembre de la même année, n'est que de 18,402. Les détails dans lesquels elle entre à cette occasion ne doivent laisser aucun doute sur l'exactitude de ce chiffre, qui est au-dessous de tous ceux donnés par simple approximation.

Il est difficile d'étudier à Paris l'influence des sexes sur la mortalité d'une maladie : pour que ces recherches méritassent quelque croyance, il faudrait que les individus des deux sexes fussent en égal nombre, ou au moins dans un rapport qui permît d'établir une proportion; or, on sait qu'à Paris le nombre des individus des deux sexes varie considérablement suivant une foule de circonstances extrêmement variables, tels que les besoins de l'industrie, l'appel des travaux publics et particuliers, l'ouverture des écoles, etc.

Cependant il est à remarquer qu'au commencement de l'épidémie, on vit succomber plus d'hommes que de femmes; jusqu'au 5 avril la proportion fut de trois des premiers contre deux des secondes; mais bientôt cet excédant diminua graduellement, et l'on compta depuis la moitié d'avril jusqu'au 10 mai un peu plus de femmes que d'hommes. Ceux-ci redevinrent ensuite les plus nombreux, et d'autant plus que l'épidémie approchait de sa fin, en sorte que le mois de septembre vit se rétablir entre les deux sexes, la même différence que l'on avait observée au commencement d'avril. Jusqu'à quel point ces variations pourraient être expliquées par la différence dans l'émigration des sujets de différens sexes, c'est que nous ne pouvons déterminer.

L'influence de l'âge sur la mortalité du choléra étudiée sur un chiffre aussi considérable, devait offrir de l'intérêt; mais pour arriver à un résultat vraiment utile ce n'est pas tant le nombre absolu de tous les sujets qui ont succombé aux divers âges que le rapport de ce même nombre avec la population de chaque âge qu'il était important d'obtenir. Voici les résultats donnés par la commission.

Sur 100 individus	au-dessous de 5 ans,	24 67	sont morts.
—	de 5 ans à 15,	5 67	
—	de 15 ans à 30,	10 72	
—	de 30 ans à 60,	27 65	
—	de 60 ans à 100,	63 75	

A l'époque de l'invasion du choléra il n'était bruit que de morts subites, que d'individus frappés mortellement au milieu des rues, ou surpris dans les occupations habituelles de la vie. On avait beaucoup exagéré sous ce rapport la vérité déjà assez hideuse par elle-même. Aussi sur 4,907 individus sur lesquels la commission a pu se procurer à cet égard des renseignemens exacts, elle a trouvé que

204	ont vécu d'une heure à six.
615	de six à douze.
1,565	de douze à vingt-quatre.
823	d'un jour à deux.
884	de deux jours à quatre.
615	de quatre à huit.
183	de huit à quinze.
19	de quinze à 20.

Il paraîtrait d'après les recherches de la commission que la durée de la maladie n'aurait offert que peu de différences suivant l'âge des sujets qui en étaient affectés; enfin, si l'on s'en rapportait à des observations faites sur mille individus seulement, il en résulterait que dans le mois d'avril les malades succombaient dans l'espace de 61 heures (terme moyen), et dans le mois de juillet ou pendant la récrudescence au bout de 43 heures, tandis que pendant les mois de mai, juin, août et septembre, sa durée moyenne était de trois jours et demi (84 heures); c'est qu'alors l'épidémie avait perdu beaucoup de sa violence, non-seulement sous

le rapport du nombre des individus qu'elle frappait, mais encore sous le point de vue de son intensité chez chaque sujet; car nous savons qu'en même temps que la durée de la maladie se prolongeait, elle faisait aussi un moindre nombre de victimes.

Nous citerons encore un fait qui offre beaucoup d'intérêt sous le même rapport et sur lequel nous aimons à croire que les renseignemens fournis par la commission sont dignes de toute confiance; c'est que dans les quartiers de la ville de Paris qui avaient été attaqués les derniers, l'époque de la plus forte mortalité fut retardée comme l'avait été pour eux celle de l'invasion; ainsi chaque arrondissement a présenté un tableau complet de la maladie, et l'on retrouve la même marche dans les communes rurales.

Nous ne saurions admettre comme démontré, ainsi que le suppose la commission, que les maladies épidémiques trouvent le plus souvent leur source dans les phénomènes météorologiques, cependant nous pensons avec elle que l'étude de ces phénomènes ne doit point être négligée dans l'histoire d'une épidémie, et nous transcrivons la conclusion qu'elle a placée à la fin de son cinquième chapitre, savoir : que toutes les recherches qu'elle a pu faire lui ont démontré qu'à Paris, quel qu'ait été le degré de température et la direction des vents, le choléra ne paraît pas y avoir trouvé une cause de relâche ou d'activité, et que son mode d'action a été tout-à-fait indépendant des variations de l'atmosphère.

Quels que fussent les détails dans lesquels nous pourrions entrer, il nous serait impossible d'exposer les recherches faites par les commissaires pour étudier l'influence qu'auraient pu avoir sur la mortalité du choléra les différentes expositions, l'élévation du terrain, et l'humidité du sol; il nous suffira de dire qu'ici encore les résultats obtenus ont été nuls. Cependant, pour donner quelque idée des recherches qu'elle a dû faire et des causes d'erreur qu'elle a dû éviter, nous citerons le résultat qu'elle avait obtenu de la comparaison des chambres à coucher exposées au sud et au nord, avec celles des autres directions. Partout elle trouvait l'exposition au midi plus funeste que les autres. Le fait paraissait positif, incontestable; cependant une seule observation suffisait pour les détruire; il était possible que par goût, par une sorte d'instinct, ou pour toute autre raison, il y eût à Paris plus de chambres à coucher au midi et au nord, qu'à l'est et à l'ouest. Cette disposition, si elle existait, expliquait le grand nombre de décès observés dans ces expositions. Des recherches furent faites, et elles prouvèrent que cet excédant de mortalité, loin d'être la conséquence d'anciens phénomènes physiques, était le résultat simple de la convenance ou de l'arrangement des lieux.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'influence de la densité de la population, relativement à la mortalité du choléra : il résulte évidemment des recherches de la commission, que la densité de la population est une circonstance défavorable, mais qu'elle exige, pour exercer son influence fâcheuse, d'autres circonstances qui sont restées inconnues.

Un grand nombre de pages sont consacrées à l'influence des professions, et le seul résultat qui en ressort, c'est que l'exercice des professions à l'abri des intempéries de l'air paraît avoir été favorable, tandis que celles qui ne jouissaient pas de cet avantage, ont été plus maltraitées. Nous trouvons cependant à la fin de ce chapitre (le huitième), un fait qui est encore peu connu : il a rapport à l'influence des vives émotions de l'ame, qu'on avait représentées comme pouvant aggraver l'état des malades, et même hâter la propagation de la maladie. La commission a soigneusement suivi la marche du choléra dans les lieux mêmes qui furent le théâtre des funestes événemens des 5 et 6 juin, et elle n'a observé à cette époque aucun accroissement de la maladie ni des décès dans les maisons de la rue et du cloître St-Méry. Ce n'est qu'à dater du 18 juin, c'est-à-dire douze jours après, que les premiers signes de la recrudescence commencèrent à se montrer.

Il y a plus : les décès qui eurent lieu alors dans les maisons de la rue et du cloître Saint-Méry furent séparés par d'assez longs intervalles, et si les violens désordres auxquels le quartier fut en proie pendant les journées de juin eussent ranimé l'énergie du mal parmi les habitans, il n'eût point mis dans sa violence tant de lenteur à les frapper.

Les recherches sur la mortalité des prisons et sur celle de la population militaire de la capitale ne nous apprennent rien de nouveau; elles ne font que confirmer ce que nous savions sur la triste différence que l'on a observée sous ce rapport entre notre capitale et celle de tous les autres états de l'Europe qui ont été visitées par le choléra. A Paris, sur une garnison de 31,000 hommes, 811 succombent; à Berlin, on a compté 35 morts seulement sur 12,000 hommes.

Le chapitre dont la lecture nous a offert le plus d'intérêt est celui où les commissaires examinent quelle a été l'influence des établissemens réputés insalubres sur le choléra. « Cet examen, disent-ils, a confirmé que partout le choléra s'est joué des prévisions humaines; que partout il a donné un démenti aux opinions généralement reçues, et mis en question ce qui paraissait le plus solidement établi; c'est souvent dans les villages les plus salubres et les mieux disposés qu'il s'est plu à exercer ses ravages, tandis qu'il a laissée à peine quelques traces dans des localités que l'on signalait comme des foyers d'infection et la source de toutes les maladies. » Une foule de faits cités à l'appui de cette assertion sont à la fois la preuve, et des nombreuses erreurs qui règnent généralement dans la manière dont on considère la salubrité, et de la nécessité de mettre cette partie de l'hygiène publique au niveau des autres parties des sciences physiques, auxquelles elle appartient plus peut-être qu'à la médecine proprement dite.

Tel est le résumé du travail de la commission. On trouve à la suite une foule de tableaux et de cartes qui seraient déplacés dans tout autre travail, mais qui ont paru indispensables dans un ouvrage de ce genre, publié par l'autorité et conséquemment devant offrir toute l'authenticité désirable et la preuve matérielle de tous les faits avancés dans le texte. Sans doute ce gros volume in-4°, résultat des recherches de plusieurs hommes capables, et dont quelques-uns sont connus par des travaux d'un ordre élevé dans les sciences médicales, ne contient qu'un petit nombre de faits positifs; mais en revanche, on y trouve beaucoup de documens négatifs qui portent aussi leur instruction. Aux yeux du

philosophe, ces documens, pour être négatifs, n'en possèdent pas moins d'importance, quand surtout on a vu tant d'hommes entraînés, soit par légèreté, soit par de honteux calculs, vanter des découvertes positives qui se sont évanouies aussitôt qu'on a voulu aller sérieusement à leur recherche. (*Gaz. méd.*)

RECHERCHES SUR L'ACARUS, ou sarcopte de la gale de l'homme, par M. Albin GRAS, docteur ès-sciences, élève à l'hôpital Saint-Louis.

Toute gloire a son temps; toute célébrité passe; et l'acarus de la gale, qui a eu l'honneur de remplir à lui seul plusieurs séances de nos deux Académies, d'occuper un mois durant les observateurs et les microscopes parisiens, déchu de cette importance éphémère, ne reste plus dans la science que comme un fait reconnu, déjà vieux, et qui a dû céder la place à d'autres. Il en restera cependant comme mémoire deux ou trois bons travaux, parmi lesquels nous placerons celui de M. Albin Gras.

L'auteur commence par la revue obligée des anciens et des modernes qui ont traité de l'acarus, soit chez l'homme, soit chez les animaux domestiques. Ceci avait été déjà fait par d'autres, quoique peut-être d'une manière moins complète; mais le véritable intérêt de ce mémoire commence avec les recherches propres à M. Gras.

La première question importante à résoudre était celle-ci : l'acarus est-il cause essentielle ou simplement épiphénomène de la gale? M. Gras adopte la première opinion; l'acarus ne vit que sur les galeux; il se présente chez tous les galeux qui n'ont pas fait de traitement, quels que soient leur âge et leur sexe; et enfin qui l'attirerait chez les galeux? Serait-ce l'inflammation? Il ne se montre jamais dans un lieu enflammé; ou la sérosité de la vésicule? il la fuit. Enfin l'étude des autres problèmes que nous allons aborder ajoute encore de nouvelles preuves.

Le principe contagieux de la gale, comme il a été suffisamment démontré par les expériences directes de MM. Lugol et Mouronval, ne réside point dans la sérosité des vésicules. D'autre part, les expériences de M. Gras ont fait voir que l'acarus, placé sur la peau d'un individu sain, y creuse des sillons et y détermine des vésicules. Donc la contagion se transmet par la transmission des acarus d'un individu à l'autre; et c'est en vain qu'on alléguerait qu'ils peuvent emporter accidentellement avec eux un principe morbide contagieux; car il faudrait admettre alors que ce virus appartient en propre à l'animal, puisqu'il n'est jamais en contact avec le liquide de la vésicule, et que d'ailleurs ce liquide ne possède point la propriété contagieuse.

Mais comment expliquer cette communication de la gale, et les vésicules qui en sont le cortége inévitable? Il faut qu'il y ait transmission des acarus ou de leurs œufs; et M. Albin Gras ne croit pas à la gale spontanée, par cette raison que rien ne prouve la génération spontanée d'un animal qui pond des œufs, et dont on a même observé l'accouplement chez deux espèces voisines. Pour le développement des vésicules, on pourrait penser qu'immédiatement après sa sortie de l'œuf, l'acarus s'enfonce sous l'épiderme; que, par sa présence ou plutôt d'une manière inconnue, il occasione la tuméfaction du derme et la sécrétion d'une petite quantité de sérosité, avec laquelle il n'est jamais en contact; qu'il s'éloigne alors en se frayant un sillon, et dans quelques cas en produisant encore une ou deux vésicules. Mais bientôt il perdrait cette dernière faculté, continuerait donc son sillon jusqu'à son entier développement, le quitterait alors pour s'accoupler, creuser un nouveau cuniculus qui ne serait précédé d'aucune vésicule, et plus tard sortir pour pondre des œufs et se perpétuer ainsi.

Voilà une théorie telle quelle, que l'auteur lui-même n'émet que sous forme de doute, et qu'il combat le premier par un fait qu'elle n'explique pas. Pourquoi, quand un traitement actif a tué tous les acarus, ce qui a lieu d'ordinaire après trois ou quatre jours, l'éruption dure-t-elle encore dix à quinze jours et même davantage? M. Gras a vu un jeune homme chez lequel la gale a reparu huit jours après sa sortie de l'hôpital, sans contagion nouvelle, sous forme de vésicules acuminées assez développées; il ne put néanmoins découvrir aucune trace de sillons. Enfin il est des cas où la gale se montre rebelle à toute médication, et où les vésicules peuvent disparaître pendant une maladie aiguë pour reparaître ensuite, sans apparence d'acarus. Serait-ce que l'acarus serait seulement la cause déterminante de la maladie, sans la constituer entièrement? Ceci expliquerait jusqu'à un certain point comment des espèces de gale éphémère peuvent se transmettre d'un animal à l'homme, quoique l'acarus de ce même animal ne puisse vivre ni se développer sur la peau de l'homme. Peut-être l'acarus n'agirait pas seulement d'une manière locale et mécanique, mais exciterait une modification vitale et physiologique sur toute l'économie.

Nous avons jusqu'ici fidèlement rapporté les faits et les déductions de l'auteur; on voit qu'il a senti toutes les difficultés de la matière, et qu'il ne se flatte pas lui-même de les avoir résolues. On pourrait bien encore opposer l'une à l'autre quelques-unes de ses opinions; mais il est évident qu'il ne s'est contredit que pour ne pas contredire les faits, et qu'au moins toutes ses recherches sont empreintes d'une extrême bonne foi. Il arrive à cette conclusion thérapeutique, dont la justesse ne dépend pas heureusement de ses théories, que le traitement doit avoir pour but : 1° de détruire l'acarus; 2° de traiter l'affection psorique, qui néanmoins dans le plus grand nombre des cas, se guérirait d'elle-même dès qu'une fois les sarcoptes auraient été enlevés.

Ceci posé, on lit avec intérêt les expériences faites sur l'animal extrait de son sillon. A une température de 15 à 18 degrés, il peut vivre trois à quatre jours après son extraction. Il s'agissait de reconnaître quelles substances le tuaient le plus vite. L'eau pure les laisse vivre trois heures; l'huile d'olives deux heures; une solution d'extrait de saturne une heure; l'eau de chaux trois quarts d'heure; le vinaigre, l'alcool à 20 degrés, une solution de carbonate alcalin, 20 minutes; une solution de sulfure de potassium, 12 minutes; l'essence de térébenthine 9 minutes; une solution concentrée d'hydriodate de potasse 4 à 6 minutes. Plongé dans de la fleur de soufre, il n'était pas mort au bout d'une heure; et enfin il est resté 16 heures sans mourir placé sous

un verre de montre et en contact avec la vapeur du soufre dégagée par la combustion. La solution d'hydriodate de potasse paraît donc l'agent le plus actif de ceux qu'on pourrait employer en frictions sans danger.

Quant à l'action du traitement appliqué, voici ce que M. Gras a observé : Il a pu retirer des acarus vivans quoique le malade eût pris 2 à 3 bains sulfureux (4 onces de sulfure de potasse pour un bain ordinaire). Fréquemment au contraire il les a retirés morts après une seule friction avec la pommade d'Hemmerich (axonge 8 p. soufre, 2 p.; sous-carbonate de potasse, 1 partie). Après quelques jours de frictions on ne trouve plus que des débris reconnaissables à de longs poils qui résistent davantage à la décomposition. Ces faits sont d'une application pratique directe, au moins pour les gales récentes et peu rebelles; et nous engageons vivement M. Albin Gras à continuer ses expériences sur d'autres substances moins fâcheuses à employer en frictions que la pommade d'Hemmerich. (*Gaz. méd.*)

DES CAUSES DE L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE (BELGE); mémoire adressé à M. le ministre directeur de la guerre, baron Evain, et à la commission de recherches sur cette maladie, par C. VAN HONSEBROUCK, docteur, ex-médecin militaire, etc.

Depuis vingt ans, une ophthalmie redoutable par ses symptômes, par la rapidité de sa marche, par la propriété contagieuse du pus qu'elle sécrète, et surtout par le grand nombre d'individus qu'elle attaque, exerce ses ravages sur l'armée belge, et ne semble s'assoupir par intervalles que pour renaître bientôt plus furieuse. D'abord simple sujet d'études pour les médecins, elle n'a pas tardé à exciter la sollicitude du gouvernement; après avoir entendu les observations indigènes, il s'est aidé des lumières du docteur Jungken, professeur d'ophthalmologie à Berlin, qui déjà avait contribué à délivrer l'armée prussienne d'un semblable fléau; et enfin le ministre de la guerre s'est décidé à nommer une commission spéciale, chargée de rechercher les causes de cette opiniâtre maladie, et choisie parmi les hommes de l'art les plus recommandables de la Belgique, en écartant toutefois ceux qui avaient déjà émis une opinion arrêtée.

C'est à cette commission que M. Van Honsebrouck adresse le mémoire dont nous allons rendre compte; toutefois, comme il s'agit d'une épidémie qui sévit à nos portes et sur une population que nous sommes d'ailleurs accoutumés à regarder comme membre de la grande famille française, le sujet est trop important pour que nous nous arrêtions à une simple analyse; et nous saisirons cette occasion de mettre en regard les faits et les opinions publiés dans ces derniers temps par MM. Jungken, Vleminckx, Marinus, etc., afin d'en tirer les conclusions les plus générales possible.

Et d'abord quelle est l'origine première de la maladie? s'est-elle développée dans le pays même, ou bien a-t-elle été importée du dehors? M. Kluyskens est le champion déclaré de cette dernière opinion. S'appuyant de la similitude parfaite de l'ophthalmie belge avec l'ophthalmie endémique d'Égypte, il pense qu'elle a été apportée de ce pays par l'expédition française; et il apporte en preuve un fait fort remarquable; c'est qu'avant 1814 l'ophthalmie ne s'était jamais montrée dans les casernes de Gand; à cette époque seulement on y forma le 7e bataillon dont le noyau était formé d'anciens militaires qui avaient eu cette affection dans l'armée française et dont quelques-uns même en étaient encore sensiblement affectés; ils la communiquèrent à un grand nombre de leurs camarades; et dès lors cette contagion n'a pas quitté le bataillon, tant dans l'armée que dans les diverses garnisons qu'il a occupées depuis.

A notre avis les adversaires de M. Kluyskens ont fait trop peu de cas de ce fait qu'ils n'ont pas songé à nier; et qu'ils ont seulement essayé de combattre par d'autres, comme si jamais deux faits pouvaient être contradictoires. Ainsi on demande pourquoi l'armée française bien plus exposée au contact des soldats de l'expédition d'Égypte, n'a jamais été atteinte de l'ophthalmie contagieuse. On cite des cas où de deux bataillons logés dans la même caserne, l'un est resté exempt du fléau tandis que l'autre était peuplé d'ophthalmiques; on démontre que nombre de fois l'ophthalmie a atteint des sujets non exposés à la contagion; tout cela prouve assez bien, ce qui est commun à toutes les épidémies contagieuses, qu'il faut pour leur développement des conditions qui sans doute ont manqué à l'armée française, et qui se rencontrant en Belgique, peuvent suffire à elles seules pour produire la maladie même sans contagion; mais le fait cité par M. Kluyskens reste, comme un témoignage de la consanguinité de l'endémie égyptienne avec l'épidémie belge. Ajoutez que les premiers développemens de l'ophthalmie en Belgique ne remontent pas plus haut que 1814 et 1815, et qu'elle ne s'est beaucoup répandue qu'après la bataille de Waterloo. Or, précisément dans cette campagne les Hollando-Belges se trouvèrent en contact avec l'armée anglaise qui avait toujours conservé quelque germe de l'ophthalmie d'Égypte et avec l'armée prussienne, qui était attaquée d'une épidémie semblable depuis 1813. On voit donc que la doctrine de l'importation pourrait être soutenue avec faveur et qu'il serait facile de trouver trois sources de contagion au lieu d'une; mais d'autre part les sectateurs de M. Kluyskens ont attaché à leur système une importance trop exclusive; et c'est ce qu'on peut dire au reste de la plupart des écrivains qui ont traité de cette maladie.

Car avec ce seul élément de la contagion, il est impossible d'expliquer le grand développement de la maladie. Sans cela, comment l'armée française en aurait-elle été garantie jusqu'à ce jour? Pourquoi de toute l'Allemagne les Prussiens furent-ils presque les seuls qui en furent attaqués? Comment enfin observerait-on dans le même pays, dans la même armée, ces intermittences du mal, qui se réveille ensuite comme par paroxysmes? Nous l'avons déjà dit : il faut ici des conditions essentielles, nécessaires, sans lesquelles la contagion n'a pas lieu; il était donc extrêmement important de les étudier, puisqu'il aurait suffi de les écarter, une fois reconnues, pour arrêter la propagation du mal. Les recherches et les théories n'ont pas manqué, et nous les parcourrons tout à l'heure. Disons d'abord que la plupart des observateurs nous paraissent s'être placés à un point de vue trop

restreint, en considérant l'ophthalmie comme exclusivement propre à l'armée belge, ce qui les a entraînés à n'en rechercher les causes que dans les circonstances de la vie du soldat.

Est-il donc vrai qu'elle respecte constamment le reste de la population ? S'il en était ainsi, il y aurait donc une grande erreur à la rapprocher de l'ophthalmie d'Égypte, de l'ophthalmie prussienne, et à lui accorder la propriété contagieuse, puisqu'elle ne frapperait que des hommes, et qu'elle ne les atteindrait que sous l'uniforme et point sous d'autres habits. Malheureusement il n'en est pas ainsi ; les écrivains belges sont remplis d'observations de militaires transmettant leur ophthalmie à des familles entières ; aussi les partisans des causes spéciales ont-ils posé la question d'une autre manière, et l'ophthalmie une fois acquise pourrait bien, selon eux, se communiquer par contagion ; mais elle ne se développerait primitivement et sans contagion que chez leurs soldats. Mais encore ici ils partent d'une assertion trop exclusive ; M. Van Honsebrouck, qui appelle aussi l'épidémie *ophthalmie de l'armée*, qui lui attribue une cause toute spéciale, savoir, la poussière du blanc de Namur et du vert-de-gris qui servent au nettoiement des effets et des armes, assure que les personnes non militaires qui vendent ou colportent ces substances sont assez souvent atteintes de l'ophthalmie. M. Aerts d'Anvers a vu cette affection attaquer à trois reprises une femme qui vendait de ces matières aux soldats ; et c'est là, dit l'auteur, « une preuve que l'on peut vérifier tous les jours, outre beaucoup d'autres exemples auxquels il n'a pas été fait assez attention, mais que quelques recherches mettront bientôt en évidence. » D'ailleurs nous voyons que des recrues « qui n'avaient point encore mis l'uniforme, » et que les gardes civiques, qui ne sauraient être assimilés aux soldats, n'ont pas été épargnées. Ce n'est pas autrement que s'est comportée l'ophthalmie prussienne, qui, après avoir attaqué épidémiquement et à plusieurs reprises les armées, « se montre actuellement encore en Prusse, dit le professeur Jungken, d'une manière sporadique, tant dans le civil que dans le militaire. »

Ce fait bien établi est d'une haute importance, puisqu'il fait écrouler tout d'abord les systèmes exclusifs fondés sur des causes propres seulement à l'état militaire, quand même chacun d'eux ne nous fournirait pas des faits capitaux pour combattre les autres. Néanmoins, il est juste d'avouer que la plupart de ces écrivains ont appelé l'attention sur des points essentiels, dont leur unique tort a été de s'exagérer la valeur à eux-mêmes.

Celui de ces systèmes qui a peut-être réuni le plus de partisans et le plus d'adversaires a été soutenu avec beaucoup de persévérance et de talent par le docteur Vleminckx, inspecteur général de l'armée, qui attribue l'ophthalmie à la compression du crâne par le schako, mais surtout du cou, par le collet des uniformes militaires belges. Il allègue à l'appui les faits généraux suivans :

1° La cavalerie n'offre que de loin en loin quelques cas d'ophthalmie ; 2° l'artillerie et les troupes du génie en sont également exemptes ; 3° les gardes civiques n'ont eu aussi qu'un petit nombre de malades ; 4° c'est dans l'infanterie qu'elle exerce ses ravages, et plus particulièrement dans quelques régimens. Une circonstance unique explique tous ces faits ; c'est que dans l'infanterie les collets des habits sont plus serrés, s'agrafent plus haut, et sont plus facilement tiraillés en arrière par les bretelles du sac que dans tous les autres corps précités. Quant à la contagion, l'auteur n'y croit pas ; à l'encombrement, bien moins encore. Et ce qui le confirme dans son opinion, c'est que depuis la révolution, c'est-à-dire depuis que l'on a plus ou moins relâché les enveloppes du cou, la maladie s'est montrée proportionnellement sur un moindre nombre d'hommes et avec plus de bénignité.

Ces argumens sont de nature à faire impression ; mais nous les trouvons presque aussitôt infirmés par des observations toutes contraires. M. Van Honsebrouck nie tout d'abord que l'ophthalmie ait si sensiblement diminué ; au moment où il écrit, le 3e régiment, en garnison à Gand, compte, dit-il, 1,200 ophthalmiques. En second lieu, la compression du col étant générale dans l'infanterie, ou du moins dans un régiment, comment se fait-il que ses effets ne se fassent sentir qu'à certaines époques indéterminées, sur tel bataillon ou telle compagnie, le reste du régiment en demeurant à peu près exempt ? Comment l'ophthalmie ne sévissait-elle point sur la garde impériale française, dont l'uniforme était plus lourd et au moins aussi compressif que celui de l'armée belge ? Pourquoi tel régiment, exempt de l'ophthalmie à Namur, par exemple, en a-t-il été atteint dès qu'il est arrivé à Tournay ? Pourquoi cite-t-on une foule de garnisons, Philippeville, Ruremonde, Ostende, etc., etc., qui paraissent jouir d'un privilége d'exemption, si on les compare à celles de Louvain, Liége, Bruxelles ? A ces faits généraux se joignent une foule d'observations particulières qui détruisent de fond en comble le système de M. Vleminckx, en tant qu'il attribue l'ophthalmie à cette cause unique. On ne nie point que ce ne soit là une cause prédisposante même assez active ; mais elle ne suffit pas pour rendre raison des cas d'ophthalmie qu'elle aurait même contribué à produire, puisqu'il a fallu d'autres circonstances, telles que le changement de garnison, pour les développer. Et comment expliquerait-elle les ophthalmies des sujets qui n'étaient point sous son influence ?

A la vérité, M. Vleminckx a expliqué son opinion dans ce sens ; il admet, lui aussi, la nécessité de quelque autre cause *occasionelle* dont la nature varie selon la position particulière où les hommes se trouvent placés. Mais qui ne voit que par là même il fait le procès à son système et à ses conclusions, qui rapportent tout à une seule cause, tandis qu'il est forcé lui-même d'en admettre plusieurs ?

M. Van Honsebrouck tombe dans une exagération toute semblable, en assignant comme cause générale à l'ophthalmie la poussière de la terre de pipe et le vert-de-gris, qui se répandant dans l'air durant le nettoiement des armes et des effets, attaque directement les yeux, ou bien est portée sur ces organes par les mains du soldat même, lorsqu'il éprouve le besoin de se les frotter. Il est difficile de soutenir plus ingénieusement un paradoxe aussi étrange ; l'auteur tourne à son profit les faits allégués par M. Vleminckx et d'autres ; il insiste surtout sur celui-ci, « que depuis la révolution les différens corps, toute proportion gardée, ont fourni chacun le nombre d'ophthalmiques en raison du plus ou moins d'objets qu'ils avaient à entretenir. »

Une objection capitale à cette théorie est celle-ci : Pourquoi, dans d'autres pays où les soldats sont sous l'influence des mêmes agens, cette maladie est-elle si rare? Pourquoi l'armée prussienne, où l'auteur accorde qu'on s'adonne autant au nettoyage des armes et des effets qu'en Belgique, est-elle aujourd'hui délivrée d'une épidémie qui y a fait de si grands ravages? Nous avons lu avec toute l'attention possible, comme il le désire, les réponses que fait M. Van Honsebrouck; elles ont laissé pour nous les objections dans toute leur force.

Si, comme l'a fait M. Vleminckx, nous considérons les unes après les autres les six choses dites *non naturelles* qui peuvent influer sur le soldat, et qui renferment d'ailleurs l'hygiène tout entière, nous trouvons donc que les vêtemens, *applicata*, ne rendent pas un compte suffisant de l'épidémie, d'après M. Vleminckx lui-même; les *ingesta* et les *excreta* sont les mêmes pour l'armée belge que pour toutes les autres armées européennes; les *percepta* n'offrent non plus aucune différence, et pour les *circumfusa*, déjà un premier système a été réduit à sa juste valeur. Mais à cette classe d'agens s'en rattachent quelques-uns qui méritent une attention sérieuse; il s'agit des miasmes contagieux que récéleraient certaines casernes, surtout par suite de l'encombrement.

« On a vu souvent, dit M. Vleminckx, et dernièrement encore au camp de Diest, que lorsque plusieurs hommes, soit d'une chambrée, soit d'une barraque, étaient atteints de la maladie, les autres ne tardaient pas à la contracter, d'où l'on a conclu à la nécessité d'espacer ces hommes ou plutôt de les séparer les uns des autres. L'expérience a même prouvé que ce moyen n'était pas à dédaigner, et l'on n'a pas manqué d'en inférer que la maladie était contagieuse, ou plutôt qu'elle reconnaissait pour sa *source*, pour sa *cause essentielle*, un *principe contagieux*. »

Cette influence de l'encombrement a été admise par plusieurs écrivains, et elle est, sinon démontrée, du moins probable, bien qu'il n'y ait aucun *fait positif de contagion médiate* bien constaté. D'autres ont expliqué le grand développement que prend l'épidémie dans les casernes encombrées, par l'habitude des soldats de se laver souvent, hommes sains et malades, dans un même seau, et de s'essuyer la figure et les yeux avec le même essuie-mains. Mais cela étant, on ne voit pas comment on diminuerait les ravages du mal en logeant les soldats dans un plus grand espace. M. Vleminckx fait observer aussi que l'encombrement n'expliquerait point son origine première. Ce serait d'ailleurs une cause aussi inconstante dans son action que toutes les autres; car la garnison hollandaise, resserrée dans un étroit espace dans la citadelle d'Anvers, n'y a présenté aucun cas d'ophthalmie. Enfin, pour ceux qui, dérivant l'ophthalmie belge de l'ophthalmie d'Égypte par contagion, expliqueraient sa continuation par l'encombrement, nous rappellerons qu'elle ne s'est point montrée dans les grandes armées de l'empire, soit dans les bivouacs, soit dans les blocus, quoique ces deux causes signalées, la contagion et l'encombrement, y dussent être plus puissantes qu'en temps de paix dans l'armée belge.

Restent encore à examiner les *gesta*, comprenant les habitudes du soldat belge et les exercices auxquels il est soumis. Nous trouvons cités dans le mémoire de M. van Honsebrouck des faits bien importans recueillis par un homme étranger à l'art, mais familier avec le soldat, le capitaine Berlemont. Le temps de repos nécessaire à l'homme adulte ne peut guère être moins de sept heures par jour. Or, le soldat belge se couche à 10 heures et se lève à 3 heures et demie du matin, ce qui réduit le temps du sommeil à 5 heures environ; et il a de plus une nuit de veille à peu près par semaine pour la garde à monter. Enfin c'est précisément lorsqu'il descend de garde que le réglement lui prescrit de nettoyer ses armes, ses buffleteries et ses boutons en cuivre. Certes de telles dispositions doivent fatiguer les yeux et les rendre plus sensibles à l'action des causes morbifiques; mais encore elles n'agissent que sur une partie de l'armée et nullement sur le reste de la population, qui cependant n'est pas exempte de l'ophthalmie; et elles n'expliquent pas pourquoi cette ophthalmie est catarrhale et contagieuse.

Là finit à peu près la liste des agens spéciaux auxquels on a pu attribuer l'opthalmie belge. Plusieurs observateurs et entr'autres le docteur Jungken, ne s'attachant à aucun exclusivement, les admettent tous comme causes prédisposantes ou occasionelles, et en multiplient beaucoup le nombre en y ajoutant tout ce que les nosologistes ont jamais cité comme pouvant donner lieu à l'ophthalmie la plus simple. Disons cependant que le docteur Jungken admet encore une prédisposition interne qui n'est appréciable par aucun signe extérieur. Très-bien; et il faut sans doute que cette prédisposition existe pour toute maladie soit sporadique, soit épidémique, pour qu'elles atteignent un individu et respectent l'autre. Mais il reste toujours un dernier problème à résoudre; pourquoi cette prédisposition est-elle si générale en Belgique, depuis 1814 seulement, avec des intermittences d'exacerbation et de rémission, et d'où vient qu'elle donne lieu à une affection auparavant presque inconnue dans le pays?

Si l'on a suivi jusqu'ici cette longue analyse, on aura vu cette inévitable question se reproduire après chaque système et exiger de plus en plus impérieusement une réponse. Oui, nous pensons qu'il existe en Belgique une constitution épidémique, ce génie inconnu qui ne se révèle que par ses effets, qui nous a apporté à Paris la grippe et le choléra, et qui seul peut rendre compte de toutes ces vastes maladies qui attaquent un peuple au lieu d'un homme. Examinez l'ophthalmie belge avec les lumières si chèrement achetées par l'étude du choléra asiatique, vous y trouverez une origine fixe quant à l'invasion, obscure quant aux causes; une marche inconstante et comme aveugle, ravageant ce coin de pays, épargnant le voisin; des rémissions que rien ne saurait expliquer, des récrudescences qui surprennent de même; tous les efforts vains quand l'épidémie sévit fortement, tous les efforts couronnés de succès quand elle se relâche d'elle-même. Que si l'on demande pourquoi l'armée y est plus exposée que le reste de la population, c'est alors que les faits recueillis par MM. Vleminckx, Van Honsebrouck, Berlemont, etc., trouvent leur place; c'est que, dans l'épidémie cholérique, de deux individus soumis au même air, aux mêmes miasmes, le plus chétif, le plus mal nourri, le plus fatigué était généralement atteint de préfé-

rence. Du reste, cette opinion n'est pas nouvelle, et elle s'appuie de l'autorité du dr Canstatt, ophthalmologiste allemand, qui, après avoir étudié l'ophthalmie dans l'armée autrichienne, est venu à Bruxelles la comparer avec celle de l'armée belge.

Les conséquences de cette théorie sont faciles à déduire. Est-il au pouvoir du gouvernement belge, en s'éclairant des lumières des hommes de l'art, de mettre un terme quand il le voudra, ou pour ainsi dire à jour fixe, aux ravages de l'épidémie? Nous ne le croyons pas; et déjà les résultats des essais tentés dans l'armée, en ont démontré, non pas l'inutilité absolue, mais l'incomplète efficacité. L'épidémie s'en ira un jour comme elle est venue, et probablement en laissant après elle quelques germes d'affections sporadiques, en un mot, en s'acclimatant comme une des maladies ordinaires du pays, ainsi qu'elle a fait en Prusse, ainsi que le choléra a fait en France. Ce qui est au pouvoir du gouvernement et des médecins, c'est d'en limiter le développement en laissant subsister le moins de prédispositions possibles. Détruire toutes les causes de compression du cou et de la tête, accorder au soldat deux heures de plus de sommeil, suspendre pour un temps la rigueur avec laquelle on surveille le nétoyage des armes, prendre garde à tout ce qui pourrait favoriser la contagion médiate, et peut-être la contagion immédiate suite de l'encombrement, ce sont là les conseils que tous les esprits sages ont depuis long-temps donnés à l'administration de la Belgique; et quand on songe que récemment encore un seul régiment comptait 1,200 malades, on ne peut que s'étonner et regretter qu'ils n'aient pas été mieux suivis. (*Gaz. méd.*)

Clinique médicale de l'hôpital Necker, ou Recherches et Observations sur la nature, le traitement et les causes physiques des maladies; précédées de considérations sur l'art d'observer et de faire des observations en médecine : par J. Bricheteau, *etc.* Paris, 1835. In-8° pp. 415.

Ce volume est le premier fascicule d'une série de travaux qui ont *principalement pour objet de faire mieux connaître et mieux apprécier les causes physiques des maladies.* L'auteur débute par d'utiles considérations sur l'art d'observer, et entre ensuite en matière par des observations intéressantes dont nous ne ferons qu'indiquer les titres à cause du peu d'espace dont nous pouvons disposer : 1° *du rire sardonique et du siége de cette singulière affection;* 2° *affection squirrheuse de l'œsophage et du pylore; différence entre cette maladie et le cancer.* Nous craignons que l'auteur ne soit accusé de donner au mot squirrhe une fausse signification; 3° deux observations d'*érysipèles généraux;* 4° trois observations de *rhumatismes aigus traités par le tartre-stibié*, suivies d'une note sur l'*action du tartre-stibié à haute dose dans les phlegmasies;* 5° trois observations de tubercules développés dans les centres nerveux. Le reste du volume se compose de plusieurs mémoires importans par la nature des matières qui y sont traitées.

I. *Du Pneumo-thorax et des vomiques du poumon.* — On retrouve ici les idées de M. Beau sur le tintement métallique (*Archives générales*, mars 1834). M. Bricheteau reconnaît quatre espèces de vomiques : 1° celles qui sont formées par la suppuration du parenchyme pulmonaire; 2° celles qui sont produites par la fonte des tubercules; 3° celles qui sont produites par une suppuration dans la cavité des plèvres; 4° celles qui sont causées par un abcès du foie qui pénètre dans le poumon. Il appuie surtout sur la réalité des abcès du poumon à la suite de la pneumonie, abcès dont l'existence a été niée par plusieurs pathologistes et notamment par Bichat.

II. *Considérations physiologiques et pathologiques sur l'influence du cœur, et de l'hypertrophie des ventricules de ce viscère sur les fonctions et les maladies du cerveau et du poumon.* — L'auteur s'élève contre les médecins vitalistes qui rejettent, d'une manière trop absolue, les applications à la pathologie de nos connaissances en physique et en mécanique, et il cherche à établir, par des faits qui lui sont propres, ainsi que par des citations nombreuses, que le cœur et la circulation artérielle ont une influence réelle sur le cerveau et les fonctions cérébrales, et qu'il existe une connexion entre l'hypertrophie du ventricule gauche et diverses maladies du cerveau, telles que les congestions cérébrales, l'apoplexie, etc. De cette dernière conclusion il fait découler des considérations pratiques qui peuvent être très-utiles. Si l'hypertrophie du ventricule gauche peut avoir de l'influence sur plusieurs maladies du cerveau, à plus forte raison une telle influence doit-elle être exercée par celle du ventricule droit sur plusieurs maladies du poumon. Réciproquement les lésions des poumons peuvent avoir une action fâcheuse sur le cœur. Tels sont les points traités dans ce second mémoire qui renferme un bon nombre de faits.

III. *Recherches et observations sur l'emploi de la compression méthodique dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite.* — Ce mémoire contient onze faits, suivis de guérison.

IV. *De la péricardite, de l'anévrysme du cœur, du bruit de roue, de frottement de cuir neuf ou d'étoffe froissée, du bruit de soufflet dans les cavités du cœur et dans les artères.* — L'auteur confirme les idées émises par le docteur William Stokes sur le bruit de frottement dans la péricardite (*Archiv. gén.*, janvier 1834). Il discute celles qui ont été publiées sur l'*insuffisance des valvules du cœur*, par les docteurs Corrigan et Guyot (*ibid.*, juin 1834), et adopte l'opinion de M. Bouillaud, relativement aux bruits anormaux du cœur.

V. *Recherches et observations sur les accidens produits par les calculs biliaires récemment formés, et sur les meilleurs moyens d'y remédier.* — Après avoir décrit les symptômes qui peuvent faire croire à l'existence des calculs biliaires, M. Bricheteau préconise les purgatifs contre eux; mais il y a pour leur administration un temps d'élection. « Les purgatifs, dit l'auteur, ne me paraissent devoir être administrés que vers la fin de la maladie, car il serait à craindre qu'ils fussent rejetés au commencement et qu'ils ne fissent qu'ajouter aux souffrances des malades; il

est présumable d'ailleurs, qu'ils n'entraînent l'expulsion des calculs *que lorsqu'ils sont dans le duodénum.....* »

L'ouvrage est terminé par l'*éloge de Pinel* prononcé en 1827 ; on y trouve encore une observation de *maladie de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine.*

Les opinions médicales de M. Bricheteau sont connues, une grande partie des matériaux, imprimés dans ce volume, ont été publiés déjà. Toutefois, il est de nature à faire désirer la prochaine publication des volumes suivans.

(*Archiv. de méd.*)

Traité de pathologie générale; par E. F. Dubois (*d'Amiens*). Paris, 1835. In-8°, 2 vol., pp. 606 et 581.

De notre temps, la médecine toute entière a été en quelque sorte *remaniée.* Devant une critique quelquefois trop présomptueuse et une méthode d'observation généralement plus exacte et plus sévère, toutes les croyances des temps passés sont venues tomber, les unes pour ne plus se relever jamais, les autres pour reprendre à-peu-près le rang qu'elles avaient occupé. Après tant d'écroulemens et des réédifications, d'oscillations des anciennes idées tour-à-tour abaissées et élevées, après l'introduction de tant d'idées nouvelles ou prétendues telles, nous n'avions plus de traité de pathologie générale qui se trouvât, quelle que fût d'ailleurs sa valeur absolue, en harmonie avec l'état nouveau des connaissances médicales. Il y avait du mérite à voir la lacune; il en fallait surtout pour la combler. M. Dubois (d'Amiens) a tenté cette grande œuvre; et si nous ne faisons aujourd'hui qu'annoncer cette récente production de la presse médicale, c'est que nous croyons devoir juger avec tout le loisir et toute la maturité convenable un ouvrage qui a pour objet ce qu'il y a de plus difficile peut-être à traiter dans l'état actuel de notre science. Toutefois, voulant dès-à-présent donner une idée du plan adopté par l'auteur, pour plus de clarté et d'exactitude nous le laisserons parler lui-même. Après avoir cité les travaux de Pinel et ceux de Bichat, il s'exprime ainsi : «... Il y avait donc nécessité pour nous de reprendre les choses de plus haut et de chercher à réaliser (en raison de nos forces bien entendu, *pro parte virium*), pour l'homme *pathologique*, ce que Bichat avait fait pour l'homme *anatomique.* Mais il y avait en même temps quelques modifications à apporter à ce plan; et, après avoir fait en quelque sorte la part de la pathologie *générale*, il fallait aussi faire celle de la pathologie *spéciale.* Voici comment nous avons procédé.

» Nous avons partagé notre ouvrage en trois grandes sections : Dans la première, qui répond aux anciens traités de pathologie générale, nous avons examiné *la maladie* sous le point de vue le plus général, tant sous le rapport des causes que sous celui des symptômes, des lésions anatomiques, etc.

» Dans la seconde section se trouvent *les maladies qui peuvent affecter plusieurs systèmes de l'économie animale*, soit qu'elles les affectent ainsi successivement de proche en proche, sympathiquement ou simultanément, devenant, progressivement ou tout-à-coup, générales.

» Dans la troisième section, nous avons examiné, et toujours d'une manière générale, *les maladies de chacun de ces systèmes.* »

Nous nous bornons pour le moment à la simple annonce de cet ouvrage de l'un de nos plus spirituels et de nos plus féconds auteurs; nous y reviendrons dans un prochain numéro, et nous en donnerons une analyse proportionnée à l'importance du sujet.

(*Archiv. de méd.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 1er décembre.

M Geoffroy dépose les premières épreuves d'un mémoire ayant pour titre : Loi universelle, ou considérations sur la vive action des molécules, soumise dans tous les corps au phénomène de l'attraction de soi pour soi, et attribuée par les vitalistes qui en ont suivi la manifestation chez les êtres organisés, à des forces occultes, dites animation, avec cette épigraphe : *Clavis ad naturæ philosophiam inventa.* — *Aut totum, aut nihil.*

La partie déposée n'étant que le tiers du mémoire, nous attendrons pour en parler que l'auteur en ait présenté l'ensemble, ce qui doit être très-prochain.

Études microscopiques pour servir à l'histoire des grandes organisations, par M. Ehrenberg de Berlin (en allemand). 3e mémoire. L'auteur commence par prouver qu'il n'est pas possible, avec les moyens actuels d'organisation, de démontrer l'existence d'une *matière animale primitive* telle que les savans l'ont admise.

Il trouve dans les infusoires qui ont été l'objet de son examen, même dans ceux que l'on considérait comme les plus simples, une organisation si compliquée, qu'elle ne s'accorde guère avec l'idée d'une génération spontanée.

M. Ehrenberg, dans ce mémoire, fait connaître trois nouvelles familles, 31 genres et 135 espèces. A ce que l'on connaissait sur l'organisation des infusoires, il ajoute plusieurs faits nouveaux. Ainsi il a observé les organes masticatoires chez les infusoires polygastriques. (On n'en avait encore observé que chez les rotifères.)

Chez les polygastriques, il a encore observé deux organes globuleux rayonnés qu'il considère comme l'organe générateur mâle. Il a observé encore chez les rotifères un organe qu'il croit organe respiratoire ; enfin il annonce que chez tous les infusoires il existe un système nerveux.

— Le ministre de l'instruction publique adresse ampliation de l'ordonnance, qui confirme l'élection de M. Bory comme académicien libre en remplacement de M. Gillet Laumont.

— L'auteur d'un des mémoires envoyés au concours pour le prix de médecine (mémoire côté sous le numéro 6), adresse quelques réflexions sur la résolution prise par l'Académie de proposer de nouveau comme sujet de prix la question des fièvres continues, en y apportant quelques modifications dont l'examen des pièces adressées dans les deux années précédentes a fait sentir la nécessité. L'auteur de la lettre ne paraît pas bien connaître les conditions des concours en général, puisqu'il croyait que le prix « serait » donné, non pas à celui qui aurait résolu complétement » la question, mais à celui qui aurait fait le meilleur mé» moire sur cette question. » Il semble douter que les concurrens puissent se présenter une seconde fois quand la question est de nouveau proposée. Enfin il demande la restitution de son mémoire et des pièces à l'appui, ce qui paraît contraire à plusieurs décisions prises précédemment par l'Académie, et fondées sur cette raison, que quand elle ne decerne pas de prix, il est convenable qu'elle garde le moyen de prouver qu'aucune des pièces proposées ne le méritait. Quelquefois en effet des mémoires présentés au concours, mais ensuite modifiés par les auteurs peuvent paraître très-dignes d'un prix, et l'auraient obtenu s'ils avaient été soumis en cet état à la commission.

— M. Audouin annonce à l'Académie qu'il se démet des fonctions de sous-bibliothécaire de l'Institut.

— M. Feuillet, membre de l'Institut et conservateur de la bibliothèque, adresse aussi communication de la démission de M. Audouin, et conformément à l'article 38 de la loi contenant le réglement pour l'Institut, il présente une liste de candidats pour la place devenue vacante. Ces candidats sont :

1° M. G. Fallot, élève de l'école des chartes, choisi le premier par l'Académie de Besançon pour jouir de la dotation Suard, membre de la commission des travaux historiques près du ministère de l'instruction publique. Placé en 1833 sur la liste des candidats pour la place de sous-bibliothécaire, vacante alors par la retraite de M. Julien, M. Fallot obtint les secondes voix.

2° M. H. Lemonnier, avocat, nommé en 1827 sécrétaire-bibliothécaire de l'Académie de France, à Rome. Après quatre années d'exercice il a renoncé à cette place pour raison de santé ; il est auteur de plusieurs ouvrages, dont le dernier intitulé : *Souvenirs sur l'Italie*, a paru en 1828.

3° M. P. Ackerman, candidat en théologie protestante, élève de l'école des chartes, né dans le département du Haut-Rhin, et gradué à la Faculté de Strasbourg. M. Ackerman joint à une connaissance approfondie des langues savantes la connaissance pratique de plusieurs langues modernes.

L'Académie des sciences procédera à l'élection dans sa séance du 15, la prochaine étant la séance publique annuelle.

— M. Chevallier demande à être présenté par l'Académie comme candidat pour la place vacante de professeur adjoint à l'école de pharmacie. Il joint à cette demande l'indication de ses travaux scientifiques.

Électricité. — M. Llambias adresse de Mahon un travail *sur l'aimantation par l'électricité ordinaire avec des conducteurs métalliques à branches.*

Dans la lettre jointe à cet envoi, l'auteur indique les principaux résultats consignés dans son mémoire.

« 1° Dans tout conducteur métallique actuellement traversé par une décharge de la bouteille de Leyde, il s'établit

simultanément deux courans électro-magnétiques qui sont en sens opposés, et en se conformant aux idées reçues sur la direction qu'on suppose aux forces électriques magnétisantes, on peut dire que l'un de ces élémens va du pôle vitré au pôle résineux, l'autre du résineux au vitré.

» 2° Ces courans peuvent, au moins en partie, être séparés et dégagés l'un de l'autre. Cette séparation s'effectue dans le partage d'une décharge entre deux ou plusieurs branches diverses d'un même circuit, lorsque dans quelqu'une des branches il y a au moins une interruption qui donne lieu à l'étincelle.

» 3° Cette séparation des courans est susceptible de plus et de moins et se trouve renfermée dans certaines limites que l'on peut assigner et déterminer, au moins à peu près, par expérience, pour chaque décharge et pour chacun des autres élémens qui concourent au phénomène.

» 4° La séparation de ces courans peut avoir lieu dans quelque portion du circuit soumis à la décharge, dans le même temps que d'autres portions de ce même circuit sont traversées par les courans réunis en totalité.

» 5° Dans tout circuit ou toute portion de circuit que les deux courans traversent réunis en totalité, c'est en général le courant qui va du côté vitré au côté résineux, ou le courant positif, qui prévaut pour déterminer le sens de l'aimantation.

» 6° Chacun des courans magnétise d'autant plus fortement qu'il est plus séparé ou dégagé de l'autre; et, en général, on peut dire que l'aimantation produite par une décharge de la bouteille de Leyde n'est que l'effet déterminé par le concours simultané de deux forces magnétisantes opposées et plus ou moins inégales.

» 7° La simple étincelle de la machine ordinaire donne lieu à des phénomènes analogues. »

MM. Ampère et Savary sont chargés de rendre compte de ce mémoire.

Machine mise en jeu par le Magnétisme. — M. Jacobi, mécanicien à Kœnigsberg, adresse une note relative à une machine nouvelle, dans laquelle on a pour la première fois employé le magnétisme comme force motrice. Cette machine a été mise en jeu dans différentes occasions, et en présence de plusieurs savans, au nombre desquels sont MM. Bessel et de Humboldt.

L'appareil consiste en deux systèmes de huit barres de fer doux, d'une longueur et d'une épaisseur d'un pouce; chacun a été placé symétriquement et à angle droit sur deux disques, de manière que les bouts ou pôles des barres se trouvent vis-à-vis les uns des autres.

L'un de ces disques est fixe pendant que l'autre tourne autour d'un axe, et fait passer le système mobile des barres le plus près possible de celles du système fixe.

Les seize barres sont entourées de 320 pieds de fil de cuivre de l'épaisseur d'un quart de ligne, et les bouts de ce fil sont en contact métallique avec les pôles d'un appareil voltaïque.

La masse totale en mouvement, réduite à une vitesse de 6 pieds par seconde, se monte à environ 50 livres, ce qui fait une force vive assez considérable, pendant que le travail utile gagné par cet appareil, et mesuré par un frottement appliqué d'une manière semblable au frein de M. Prony, équivaut à un poids de 10 à 12 livres, élevé à une hauteur d'un pied par seconde. Ce succès, dit l'auteur, est dû principalement à une construction nouvelle du *gyrotrope* ou commutateur, par lequel s'opère le changement des pôles, changement qui se fait huit fois pendant une révolution, ou huit fois en une demi-seconde ou trois quarts de seconde, ce qui est la vitesse ordinaire de l'appareil pour un liquide conducteur si peu acidulé que le développement du gaz est à peine appréciable! Cette circonstance est intéressante, puisqu'il n'y a presque pas d'altération du zinc; et que par conséquent les frais d'entretien qu'on aurait pu supposer considérables se réduiront à peu de chose, au moins pour cette partie de l'appareil.

L'importance qu'on doit attacher à un pareil agent peut être appréciée d'après les considérations suivantes :

1° Le mécanisme d'un tel moteur est très-simple, comparé à celui des machines à vapeur. Il n'y a ni cylindres, ni piston, ni soupape dont la construction exige une grande exactitude et entraîne de grands frais. Il n'y a pas lieu, comme dans ces machines, à de grands frottemens qui consument beaucoup de force en pure perte. Ici il n'y a d'autre perte que celle qui résulte des frottemens des axes contre les crapaudines. De plus, la machine nouvelle donne immédiatement un mouvement circulaire continu qu'on peut transformer en d'autres mouvemens pour l'appliquer au mécanisme productif, avec beaucoup plus de facilité et d'avantage que le mouvement rectiligne de va-et-vient des moteurs ordinaires.

On éloigne d'ailleurs le péril des explosions, ce qui n'est pas à dédaigner.

2° Tous les moteurs employés jusqu'ici sont, dit M. Jacobi, irrévocablement sujets à la loi que leur intensité ou puissance est directement proportionnelle à l'effet économique ou aux frais que coûte leur production; ici l'intensité de la force magnétique peut être augmentée de trois manières : par l'agrandissement de l'appareil voltaïque; par l'augmentation des fils métalliques dont on entoure la barre; enfin par l'agrandissement des dimensions de cette barre, principalement dans le sens de l'épaisseur.

La première manière augmente en même temps les frais d'entretien; mais les deux autres n'exigent que le premier déboursé, et l'usage ne les détériore pas.

L'agrandissement de l'appareil voltaïque a des limites au-delà desquelles l'effet magnétique n'augmente que d'une manière peu sensible. L'allongement du fil métallique a aussi ses limites, mais qui sont beaucoup moins resserrées. Quant à l'effet qui résulte de l'augmentation des dimensions du fer soumis au pouvoir magnétisant du courant électrique, il n'a pas de limites connues.

Un grand nombre d'observations confirment la vérité de ces propositions importantes. Mais M. Jacobi, avant de construire sa machine, a cherché à confirmer par ses propres expériences la loi du pouvoir magnétisant résultant de l'action galvanique, et ses observations lui ont fourni des règles pour l'établissement de diverses pièces de l'appareil.

Ainsi ce nouveau moteur se distingue, dit l'auteur, de tous ceux qui avaient été jusqu'à présent appliqués aux machines, en ce que pour celui-ci il n'y a plus la proportion-

nalité précédemment signalée entre l'effet et les frais.

— L'Académie se forme en comité secret.

— Lundi prochain, la séance annuelle commencera à une heure précise.

Séance publique annuelle du 8 décembre.

Cette séance avait attiré un nombreux concours d'auditeurs, parmi lesquels on distinguait lord Brougham assis à côté de M. Dupin aîné. M. Flourens a donné lecture des prix ou encouragemens décernés.

Prix Monthyon. — Prix de physiologie expérimentale. La commission, composée de MM. Magendie, Duméril, Serres, Blainville et Mirbel, n'a pas cru devoir décerner le prix cette année; mais elle a disposé de la somme qui est annuellement consacrée à ce prix de la manière suivante :

A M. Mohl, de Berne, une médaille d'or de 500 fr. pour ses travaux d'anatomie végétale, et notamment pour ceux qui ont eu pour objet la structure des palmiers et le tissu utriculaire;

A M. Donné, 500 fr. comme encouragement à continuer ses recherches expérimentales d'électro magnétisme appliquées à la physiologie humaine.

Prix de médecine et de chirurgie. La commission a eu cette année à examiner 57 pièces embrassant les diverses branches de la médecine et de la chirurgie. Aucune ne lui a paru mériter le prix. Cependant plusieurs ont mérité présentement des récompenses ou les encouragemens dont la liste suit.

1° 5,000 fr. à M. le docteur Gensoul de Lyon pour son mémoire sur quelques maladies graves des os maxillaires supérieurs, et sur les procédés qui sont propres à en opérer la guérison.

2° 3,000 fr. à M. le docteur Bousquet pour ses recherches expérimentales sur la vaccine. Les principaux résultats de ce travail, constatés par les commissaires, sont : 1° que l'application des ventouses sur les pustules vaccinales, au moment où elles viennent d'être faites, ne porte aucun obstacle au développement des pustules, malgré l'écoulement de sang dont cette application est suivie; 2° que le virus vaccin jouit de toutes ses propriétés au moment de son apparition, c'est-à-dire du quatrième au cinquième jour de son inoculation; d'où il suit que l'on pourrait au besoin prendre le virus des boutons dès cette époque, au lieu d'attendre le huitième ou le neuvième jour, comme on le fait et comme on le recommande dans tous les traités sur la vaccine; 3° enfin, ce qui prouve qu'au cinquième jour l'effet préservatif des pustules est opéré, c'est qu'après avoir éteint ces pustules par la cautérisation, une nouvelle vaccination est sans résultat.

3° 3,000 fr. à M. Mayor, chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne, pour son ouvrage intitulé : *Déligation populaire.*

4° 2,000 fr. à M. Souberbielle pour les perfectionnemens qu'il a apportés à la méthode sus-pubienne en lithotomie.

5° 2,000 fr. à M. le docteur Ségalas pour son nouvel instrument de lithotritie dit *brise-pierre à pression et à percussion.* « L'application de cet instrument, dit le rapport, a été faite avec succès sur vingt-quatre malades, dont dix avaient plus de soixante ans, douze plus de soixante-dix, et deux étaient octogénaires. »

6° 2,000 fr. à M. Nicod à titre d'indemnité pour ses recherches sur les polypes du col de la vessie et du canal urétral. La commission a reconnu l'existence de cette affection chez un malade présenté par l'auteur; elle semble, du reste, être beaucoup plus rare qu'il ne le suppose.

7° 1,500 fr. à titre d'encouragement à M. Costallaz pour ses recherches sur les coarctations du rectum et les perfectionnemens qu'on peut apporter à une méthode palliative de traitement.

8° 1500 fr. à titre d'indemnité à M. Gannal pour les essais qu'il a faits tendant à arrêter par l'usage du chlore le développement des tubercules pulmonaires. La commission a suivi d'année en année les expériences qui avaient pour objet de constater les effets de cette méthode; elle regrette de ne pouvoir en annoncer l'efficacité.

9° 1,000 fr. à M. James pour les tentatives non encore suffisamment justifiées qu'il a faites, afin de substituer un nouveau mode de conserver le vaccin à ceux qu'on a jusqu'à présent employés.

10° Une mention honorable à M. Félix Hatin pour les perfectionnemens apportés à son instrument destiné à la ligature des polypes des fosses nasales.

Enfin la commission a mentionné honorablement :

1° La nouvelle méthode de traitement des anévrismes externes de M. Philip de Londres, qui consiste à faire traverser par un fil de soie la poche anévrismale;

2° Le mémoire de M. Scipion Pinel sur l'œdème cérébral et son traitement;

3° Le nouveau traitement abortif et spécial des inflammations de la peau au moyen des frictions mercurielles, par M. Serres d'Alais.

4° Le mémoire de M. Ricord sur l'emploi du même moyen contre les érysipèles.

Prix relatifs au moyen de rendre un art ou un métier moins insalubre.

1° Un prix de 8,000 fr. est décerné à M. Salmon pour le procédé à l'aide duquel il est parvenu à désinfecter immédiatement les substances organiques putrides. Dans trois fabriques établies à la plaine de Grenelle, à Bordeaux et à Gray (Haute-Saône), M. Salmon fabrique le charbon désinfectant en calcinant dans des cylindres de fonte la vase ou la boue provenant du dépôt des rivières, étangs ou fossés. Cette boue renferme assez de matière organique pour fournir une poudre noire absorbante et désinfectante au degré convenable.

Le vieux terreau, après une calcination préalable, remplirait le même but.

2° Un prix de 3,000 fr. est accordé à M. Rougier, fabricant de soude à Septèmes, près Marseilles, pour un appareil au moyen duquel ce manufacturier prévient l'exhalation dans l'air de la plus grande partie d'acide hydrochlorique formé dans la préparation de la soude artificielle.

3° Une somme de 1,500 fr. est accordée à titre d'encouragement à M. Sochet, pour un four à Paris, chauffé à la houille, et destiné à l'usage de la marine.

4° et 6° La commission pense que deux projets présentés,

l'un par M. Périnet, pharmacien à l'hôtel royal des Invalides, et ayant pour objet la distillation de l'eau de mer et la conservation de l'eau à bord des navires; l'autre par M. Barbotte, et relatif à un nouveau moyen de retirer du fond de la mer les navires coulés, méritent tous les deux que l'on fasse des expériences pour s'assurer de leur efficacité.

Une note de M. le docteur Gendrin, sur l'*emploi de l'acide sulfurique* contre la colique de plomb; des recherches de M. Julia de Fontenelle sur l'incertitude des signes de mort, et un mémoire sur la *maison mortuaire de Francfort-sur-le-Mein;* et un autre de M. Dechenaux sur l'*emploi du chlorure de chaux contre les dartres* sont renvoyés pour le concours prochain à la commission de médecine.

La proclamation des prix décernés cette année a été suivie de la lecture du programme des prix proposés pour les années 1835 et 1836.

Prix proposés. — Grand prix des sciences physiques pour 1835. L'Académie rappelle qu'elle a proposé en 1833 la question suivante :

« Examiner si le mode de développement des tissus organiques chez les animaux peut être comparé à la manière » dont se développent les tissus des végétaux. »

Rappeler à cette occasion les divers systèmes des physiologistes, répéter leurs expériences et voir jusqu'à quel point elles s'accordent avec les règles du raisonnement et les lois générales de l'organisation.

S'assurer surtout si les animaux d'un ordre inférieur se développent d'une autre manière que ceux d'un ordre supérieur; s'il existe aussi dans l'accroissement des acotylédones, monocotylédones et dicotylédones autant de différences que l'ont cru quelques auteurs; enfin si chez les dicotylédones il y a à la fois plusieurs modes d'accroissement.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. « Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er avril 1835, terme de rigueur. »

Prix à décerner aux auteurs des ouvrages ou des découvertes jugés le plus utiles à l'art de guérir, ou à ceux qui auront rendu un art ou un métier moins insalubre. (Prix Monthyon.)

L'Académie fait remarquer que les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte « parfaitement déterminée. » Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée. Les ouvrages ou mémoires envoyés pour ce concours devront être remis avant le 1er avril 1835.

Prix de médecine. L'Académie avait mis au concours pour 1834 la question suivante :

« Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues.

» Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées.

» Insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports. »

Le prix n'a pas été décerné, mais le sujet est remis au concours, d'après les motifs exposés dans le rapport de la commission, et dont nous donnons ici un extrait.

« Parmi le grand nombre des pièces adressées, quatre inscrites sous les numéros 2, 6, 8 et 12, ont paru particulièrement dignes d'attention, et la commission a pensé un moment à partager le prix entre deux des concurrens, et à mentionner honorablement les deux autres.

Mais en considérant que, tout en traitant leur sujet avec un talent remarquable, soit dans l'exposition des faits, soit dans leur rapprochement, les auteurs y ont cependant laissé des lacunes véritables; que, par exemple, les rapports qui existent entre les symptômes des fièvres et les lésions des organes, ainsi que les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports, ont été en général, sinon négligés du moins présentés d'une manière beaucoup trop superficielle; que si ces parties de la question en sont justement les points les plus difficiles, ils en sont aussi les plus importans et ceux qui réclament, dans l'intérêt de l'humanité, les recherches les plus approfondies.

La commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner cette année le prix de médecine de M. Monthyon, question spéciale; elle a l'honneur de proposer à l'Académie de remettre la même question au concours pour l'année 1836, et en même temps de rétablir le prix à sa valeur primitive, c'est-à-dire de le faire consister en une médaille d'or de 10,000 fr.

Le prix consistera donc en une médaille d'or de la valeur de dix mille francs. Les mémoires devront être remis, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1836.

Question de chirurgie. L'Académie avait proposé, comme sujet d'un prix à décerner en 1834, la question suivante :

« Déterminer, par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens mécaniques et gymnastiques appliqués à la cure des difformités du système osseux. »

Neuf pièces avaient été adressées, mais aucun des concurrens n'ayant mis la commission à portée de vérifier sur des personnes atteintes de difformités (ainsi que l'exigeait le programme) l'exactitude des faits énoncés dans les mémoires, seule manière de leur donner l'authenticité désirable, l'Académie s'est vue forcée de remettre la question au concours pour l'année 1836.

Le rapport de la commission renferme plusieurs indications que nous croyons devoir reproduire textuellement, pour que les concurrens soient bien informés de ce que l'on demande; c'est :

1° La description générale et anatomique des principales difformités qui peuvent affecter la colonne vertébrale, le thorax, le bassin et les membres;

2° Les causes connues ou probables de ces infirmités, le mécanisme suivant lequel elles sont produites, ainsi que l'influence qu'elles exercent sur les fonctions et particulièrement sur la circulation du sang, la respiration, la digestion et les fonctions du système nerveux;

3° De désigner d'une manière précise celles qui peuvent être combattues avec espoir de succès par l'emploi des moyens mécaniques; celles qui doivent l'être par d'autres moyens; enfin celles qu'il serait inutile ou dangereux de soumettre à aucun genre de traitement;

4° De faire connaître avec soin les moyens mécaniques qui ont été employés jusqu'ici pour traiter les difformités,

soit du tronc, soit des membres, en insistant davantage sur ceux auxquels la préférence doit être accordée.

La description de ces derniers sera accompagnée de dessins détaillés ou de modèles, et leur manière d'agir devra être démontrée sur des personnes atteintes de difformités.

Les concurrens devront aussi établir par des faits les améliorations obtenues par les moyens mécaniques non-seulement sur les os déformés, mais sur les autres organes et sur leurs fonctions, et en premier lieu sur le cœur, les poumons, les organes digestifs et le système nerveux.

Ils distingueront parmi les cas qu'ils citeront, ceux dans lesquels les améliorations ont persisté, ceux où elles n'ont été que temporaires et ceux dans lesquels on a été obligé de suspendre le traitement ou d'y renoncer à raison des accidens plus ou moins graves qui sont survenus.

Enfin la réponse à la question devra mettre l'Académie dans le cas d'apprécier à sa juste valeur l'emploi des moyens mécaniques proposés pour combattre et guérir les diverses difformités du système osseux.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de dix mille fr. Les mémoires devront être reçus au secrétariat de l'Institut avant le premier avril 1836.

Pour ce prix comme pour tous les autres; les concurrens sont prévenus que l'*Académie ne rendra aucun des ouvrages qui auront été envoyés au concours;* mais les auteurs pourront en faire prendre des copies.

M. Arago a lu ensuite l'éloge de Watt; M. Flourens devait prononcer l'éloge de Cuvier; mais vu la longueur de la séance, ce dernier a été remis à une prochaine séance extraordinaire.

Séance du 15 décembre.

Pluie de Crapauds. — M. Mauduyt, conservateur du cabinet d'histoire naturelle de Poitiers, écrit qu'il a vu deux exemples de ce fait, l'un le 23 juin 1809, l'autre dans le mois d'août 1822. Cette seconde fois l'observateur en reçut plusieurs sur son chapeau. Les premiers étaient à peine gros comme une noisette sauvage; parmi les autres, il y en avait qui étaient gros comme des noix; ils étaient tous fort agiles; ils avaient le ventre blanchâtre, le dos d'un brun tirant sur le noir, l'iris jaune; leurs pieds étaient demi-palmés.

Rayons calorifiques. — M. Melloni adresse une lettre sur ce sujet.

On sait que Landriani, Rochon et Sennebier avaient trouvé le *maximum* de température dans le jaune, Bérard à l'extrémité du rouge, Herschell, Englesfield et Davy dans l'espace obscur tout près de la limite rouge. De si grandes différences dans les résultats obtenus par d'habiles expérimentateurs ne pouvaient, comme le remarque M. Melloni, être attribuées à des erreurs d'observation, et si l'idée d'une parfaite identité dans l'action des corps diaphanes sur les rayons lumineux et calorifiques n'eût été alors dominante, on aurait conclu naturellement de cette divergence de résultats le déplacement du maximum de chaleur selon la matière employée dans la construction des prismes. C'est aussi la conséquence à laquelle arrivèrent plus tard Seebeck et Winsch, en opérant sur l'eau, l'alcool, le verre et l'huile de térébenthine. Mais la nature de la substance dont se compose le prisme n'est pas la seule cause qui influe sur la température des diverses parties du spectre; c'est ce qui résulte des nouvelles expériences de M. Melloni.

» J'ai construit, dit ce physicien, un prisme creux avec trois lames de verre de trois à quatre pouces de longueur, et après l'avoir bouché aux extrémités et rempli d'eau, j'ai appliqué sur une de ses faces une plaque métallique assez large pour la couvrir entièrement, excepté une bande de deux lignes de largeur placée vers l'arête de l'angle réfringent. La partie active du prisme étant ainsi réduite à de très-petites dimensions, j'étudiai la distribution des températures dans le spectre qui en résultait par son exposition à la lumière solaire: le *maximum* de chaleur se trouva sur l'orangé du côté du rouge. Je fis glisser ensuite la plaque métallique le long de la surface du récipient, en ne laissant plus qu'une bande de deux lignes placée vers l'arête opposée à celle de l'angle réfringent: le *maximum* de température fut totalement déplacé, car il vint se fixer sur le jaune, du côté du vert.

» Je répétai la même expérience sur un prisme de verre ordinaire, et je parvins à faire passer le *maximum* dans l'espace obscur ou dans le rouge. Selon que je prenais la zone active du prisme au contact de l'arête de l'angle réfringent ou vers l'arête opposée, en laissant la face entièrement découverte, on obtenait des résultats intermédiaires. De ces diverses observations, il résulte évidemment, dit M. Melloni, que la distribution des températures dans le spectre solaire dépend non-seulement de la matière du prisme, mais de son épaisseur moyenne. »

Pour se rendre compte de ce dernier fait, M. Melloni admet que les rayons calorifiques solaires éprouvent dans l'intérieur des substances diaphanes une absorption variable, dépendante de l'ordre de réfrangibilité.

Alors il est clair que leurs rapports naturels d'intensité seront altérés plus ou moins fortement, selon la quantité de matière qu'ils auront traversée, en sorte que le *maximum* de chaleur devra nécessairement changer de place avec la grosseur du prisme.

M. Melloni avait montré précédemment que, parmi les différens corps diathermanes observés jusqu'à présent, le sel gemme est le seul qui transmette également toutes sortes de rayons calorifiques. Un phénomène analogue se reproduit sur la chaleur solaire; car on a beau couvrir une portion quelconque de la surface d'un prisme de sel gemme, le spectre que donne la zone découverte possède un *maximum* de chaleur qui se trouve toujours plongé dans l'espace obscur à la même distance de la limite rouge. M. Melloni en conclut que l'intensité relative des différens rayons calorifiques qui forment un faisceau de chaleur solaire n'est point altérée par le prisme de sel gemme, lequel par conséquent les disperse dans leur véritable état normal.

» Cela posé, poursuit l'observateur, je prends deux couches d'eau et deux lames de verre ayant les épaisseurs moyennes des quatre tranches prismatiques employées dans les expériences précédentes, et je les fais traverser séparément par les rayons calorifiques du spectre normal: le *maximum* de température quitte sa position primitive, et passe successivement sur l'orangé et sur le jaune pour les

deux couches d'eau, sur le rouge ou près de sa limite extrême pour les deux lames de verre. »

Contractions secondaires excitées chez les animaux au moment ou l'on rompt le circuit voltaïque. — M. Peltier adresse, dans une lettre, quelques observations sur ces contractions, à l'occasion de nouvelles expériences de M. Marianini.

On doit à Ritter, puis à M. de La Rive, la connaissance de ce fait, qu'un arc métallique, formant un circuit hydro-électrique par son immersion dans deux liquides séparés, devient un couple voltaïque produisant un courant en sens inverse, et que ce courant est d'autant plus énergique que le métal est plus inaltérable. M. de La Rive avait pensé d'abord qu'une polarisation moléculaire de tout l'arc était la cause de ce contre-courant; mais depuis il a été prouvé (et M. Peltier lui-même l'a constaté dès l'origine) qu'il n'y a que les bouts immergés qui ont cette faculté, et qu'elle est due à une couche d'oxigène au pôle positif, et une d'hydrogène au pôle négatif.

La même cause, dit M. Peltier, produit les mêmes effets sur la grenouille : la patte positive se charge d'oxigène et la négative d'hydrogène. Le contre-courant se démontre en plongeant les pattes dans deux tasses d'eau où se termine le fil d'un galvanomètre très-sensible. Si M. Marianini n'a pas vu ce contre-courant, cela tient à l'imperfection de son instrument. Il y a cette différence entre l'arc métallique et la grenouille, que le premier étant inerte, reste immobile sous la réaction des tensions contraires quand on rompt le circuit primitif, tandis que cette réaction produit l'effet d'excitation nerveuse, comme le sont toutes les réactions électriques sur les muscles de la grenouille.

Tout se réduit donc à ce phénomène : plus la pile sera forte, plus le temps du courant sera long; plus les pattes seront chargées, plus la réaction sera énergique, plus les contractions de rupture seront grandes. Si dans cet état on renverse le courant primitif, son action sera augmentée de l'action secondaire.

Ce qui est vrai pour une grenouille entière l'est encore pour une portion de muscle, pendant tout le temps que l'intégrité des parties s'oppose à l'absorption des gaz ou à leur passage; car aussitôt que ces parties contiennent un liquide libre et continu, les gaz les traversent comme ils traversent un ruban mouillé, sans être arrêtés aux extrémités.

Au-dessus des portions immergées, il n'y a aucun effet produit. C'est en vain que l'on interroge toutes les parties non immergées par des fils de platine et un bon galvanomètre, on ne trouve aucune de ces agglomérations électriques, comme le suppose M. Marianini.

M. Duméril fait deux rapports favorables, l'un verbal sur le travail présenté par MM. de Férussac et d'Orbigny, l'autre sur le mémoire de M. Bérard, relatif à l'ossification des os. Nous en avons donné précédemment l'analyse.

M. Geoffroy lit un mémoire intitulé :

Considérations tératologiques sur les appareils sexuels de la taupe. — Le premier fait est relatif à l'occlusion de l'orifice externe du canal vaginal chez la femelle, même adulte. Pour remédier à cette disposition, qui semble menacer d'extinction la race de la taupe, l'organe mâle a été pourvu à son extrémité d'une pointe dure qui, au moment opportun, opère la perforation nécessaire. Cette partie dure n'est, suivant M. Geoffroy, que l'osselet logé habituellement sur les corps caverneux, et qui s'est porté en avant pour remplir une destination spéciale.

Le second fait est relatif à la distribution du système artériel dans le tronc et aux modifications qui en résultent pour les divers organes. Le développement des parties antérieures nuit à celui des postérieures; les os du bassin ont perdu de leur dimension en largeur, mais ils ont gagné en longueur. Au lieu de présenter un canal complet, ils ne forment plus qu'un demi-canal, suffisant d'ailleurs pour fournir des points d'attache au vagin; mais ne pouvant apporter d'obstacle à sa dilatation lorsque vient le moment pour la sortie du produit de la conception. La conséquence de cette disposition est que la taupe n'est pas réduite, par l'étroitesse de son bassin, à une sorte d'avortement, comme elle se voit chez les marsupiaux, et qu'au contraire ses petits, au moment de la naissance, sont plus développés, et, toute proportion gardée, plus volumineux que chez les autres mammifères.

Séance du 22 décembre.

M. Leguillou, chirurgien de la marine, écrit à l'occasion d'une scie à molette exécutée par M. Charrière sous la direction de M. Thompson, et que M. Roux, en la présentant à l'Académie, avait dit être une modification de la scie mécanique de M. Heine. M. Leguillon fait observer que c'est plutôt une modification de la scie qu'il a imaginée lui-même.

Traitement de la colique de plomb. — M. Gendrin adresse quelques nouvelles observations sur le traitement de la colique de plomb. L'efficacité curative de l'acide sulfurique a contribué à être rendue manifeste par les observations faites à Paris et dans les départemens. Du reste, M. Gendrin a reconnu que l'action de ce remède est toujours beaucoup plus lente quand les accidens ont été produits par le deutoxide de plomb (*minium*).

La limonade sulfurique, comme moyen prophylactique, a constamment réussi dans les fabriques de carbonate de plomb. Dans celles de minium elle a été impuissante; mais M. Gendrin annonce avoir constaté que l'acide hydrochlorique étendu guérit les accidens produits par le deutoxide de plomb avec la même célérité que l'acide sulfurique étendu guérit ceux produits par les sels et le protoxide de ce métal. Il espère pouvoir l'employer également comme moyen prophylactique.

Amidone. — M. Payen adresse l'extrait d'un nouveau travail sur l'amidon. Il a cherché, d'après une suggestion de M. Bendam, à s'assurer si les tégumens de la fécule eux-mêmes ne se composaient pas en grande partie d'amidon.

Je suis parvenu, dit-il, à démontrer cette hypothèse en enlevant les 0,002 environ d'huile essentielle et d'autres corps étrangers qui salissent la fécule des pommes de terre; j'obtins celle-ci sans altération, d'une blancheur éclatante et soluble, sans reste appréciable par la diastase; c'est

de l'amidone pure à l'état naturel. Alors, plus facile à hydrater, elle remplit mieux la condition que j'avais indiquée précédemment d'une transformation plus rapide et plus complète par la diastase; aussi donne-t-elle directement un sirop plus sucré et immédiatement diaphane.

Ainsi donc, poursuit M. Payen, les tégumens arrondis et extensibles de la fécule se composent d'amidone douée de plus de cohésion que les parties intérieures plus récemment formées; l'huile essentielle et les autres corps étrangers adhérens à leur superficie, augmentent encore leur résistance à l'action de divers agens, et notamment de la diastase.

Observations des Chinois. — M. Paravey adresse quelques indications qu'il a recueillies dans des ouvrages chinois. Il rappelle que, chez ce peuple, on emploie depuis longtemps, pour la guérison des goitres, certaines productions marines. Il ajoute que les médecins chinois proscrivent l'usage du moxa à l'égard des personnes âgées et chez lesquelles il n'y a plus que très-peu de ressort vital. M. Paravey rapporte aussi l'observation faite en Chine, environ mille ans avant notre ère, d'un phénomène céleste qui a été regardé par quelques écrivains européens comme une comète, et par l'auteur de la lettre comme une aurore boréale. Elle fut remarquable en ce qu'elle coïncida avec un débordement de l'eau de puits

M. Paravey cite en outre un passage de Photius, extrait de Ctésias, et qui se rattache à la théorie des paratonnerres. Parlant d'un couteau pointu fait du fer extrait d'une certaine fontaine de l'Inde, il dit : « Si l'on fiche ce fer en terre, il » détourne les nuages, la grêle et le tonnerre ; Ctésias as- » sure que le roi en fit deux fois l'expérience et que lui- » même en fut témoin. » M. Paravey croit trouver la preuve que les Chinois ont connu l'influence des pointes dans le nom qu'ils ont donné à un haut bambou terminé en point très-aiguë, et qu'ils nomment flèche du tonnerre.

Nous ferons remarquer à cette occasion que c'est le propre de tous les bambou d'être terminés en pointe, jusqu'à ce qu'ayant atteint une assez grande hauteur ils commencent à pousser des branches. Il n'est donc pas probable que cette forme, qui appartient à tout le genre, ait déterminé le nom donné à une espèce en particulier.

— M. Civiale adresse une lettre sur un mode de traitement qu'il emploie contre les fungus de la vessie.

Mœurs du coucou d'Europe. — M. Prévost, chef des travaux de zoologie au Muséum d'histoire naturelle, adresse une note sur ce sujet, note extraite d'un travail beaucoup plus étendu qu'il se propose de soumettre à l'Académie.

On sait que les coucous arrivent dans notre climat isolément et successivement dans le courant du premier mois du printemps, et vivent solitaires, occupant chacun une sorte de canton, un espace assez circonscrit, dans lequel ils restent tout l'été. M. Prévost a reconnu cependant que cette sorte de cantonnement n'a lieu que pour les mâles, et que la femelle, au contraire, parcourt un espace beaucoup plus considérable comprenant plusieurs de ces cantons, que cette femelle fait choix d'un mâle, avec lequel elle s'accouple, et quand elle s'est assurée que les oiseaux dans le nid desquels elle l'a déposé en prennent soin, elle va chercher un nouveau mâle, qu'elle abandonne ensuite comme elle avait abandonné le premier.

M. Prévost rapporte en détail une des observations qui l'ont conduit à ces conclusions, et nous la reproduirons ici dans ses propres termes.

« Après bien des tentatives inutiles, je réussis, dit-il, il y a quelques années, à prendre au filet, vers la fin du mois d'avril, un coucou femelle que je venais de voir retirer d'un nid et déposer dans l'herbe un œuf de bergeronnette. Pour la rendre reconnaissable, je lui colorai les ailes avec de la teinture écarlate, je fixai sur sa tête un morçeau de drap rouge, et la remis aussitôt en liberté.

Placé le lendemain de manière à pouvoir l'observer, je la vis au point du jour s'abattre auprès du même nid de bergeronnette et y enfoncer sa tête. Dès qu'elle se fut éloignée, je m'approchai du nid et je vis qu'elle venait de déposer son œuf. Dans l'espace de quatre heures environ elle revint plus de cinquante fois dans le même bois, tantôt passant avec rapidité. Trois jours après je la vis dans un autre canton du même lieu ; et pendant plus de six semaines je la retrouvai successivement dans les cantons de six ou sept mâles qu'il m'était presque toujours possible de distinguer par leur chant variable suivant l'âge, et avec deux desquels je la vis s'accoupler. Plusieurs œufs et plusieurs jeunes coucous provenant certainement de cette femelle furent trouvés en divers endroits du bois par les gardes qui m'aidaient dans cette recherche.

Les coucous, comme cela a été observé par plusieurs auteurs, sont très-ardens en amour. C'est dans l'attente de la femelle que le coucou mâle s'agite et change à chaque instant de place pendant la saison des amours ; c'est pour l'appeler et l'inviter à le choisir qu'il répète incessamment son cri : et lorsqu'à son tour elle fait entendre le gloussement qui est son cri d'appel, il se précipite vers elle et la poursuit avec rapidité. On voit souvent une femelle entraîner ainsi à sa poursuite plusieurs mâles à la fois qui se disputent sa possession par de violens combats.

J'ai ouvert plusieurs femelles de coucous à l'époque des amours, et je ne leur ait jamais trouvé que deux œufs ; l'un dans l'oviducte et prêt à sortir, l'autre encore attaché à l'ovaire ; ou un seul œuf à l'entrée de l'oviducte, et à l'ovaire l'enveloppe déchirée d'un œuf récemment sorti. Dans l'un et l'autre cas, les ovules étaient toujours à peu près égaux en grosseur.

De ce qui précède et de plusieurs autres observations qui ne pourraient trouver place dans une simple note, je crois, dit l'auteur, être en droit de conclure :

1° Que la femelle du coucou est essentiellement polygame;

2° Que l'action du mâle ne féconde qu'un ou deux ovules seulement;

3° Que chaque accouplement est suivi d'une ponte;

4° Que le nombre de ces accouplemens successifs ne permet conséquemment pas à la femelle de couver ses œufs et de soigner ses petits, et que c'est pour qu'elle puisse satisfaire à cet instinct de changement, qu'elle a reçu cet autre instinct par laquelle elle confie à des soins étrangers sa progéniture.

M. Prévost ajoute un fait qu'il regarde comme nouveau : de jeunes coucous ont été trouvés vivans dans des creux d'arbres ou de murailles, vers la fin de l'automne. C'est probablement, dit-il, ce qui a donné lieu à l'opinion que les coucous n'émigrent pas, mais passent l'hiver engourdis dans quelques cachettes. M. le docteur Gaspard de Saint-Etienne, auteur d'un très-bon mémoire sur le coucou, avait déjà rapporté et interprété convenablement plusieurs exemples semblables et beaucoup de faits intéressans relatifs aux mœurs de cet oiseau ; M. Gaspard, d'ailleurs, n'avait pas connu la polygamie des femelles.

— L'architecte de l'Institut annonce que la nouvelle salle est prête, et qu'on s'y réunira dans la prochaine séance ordinaire.

Lundi prochain aura lieu la séance extraordinaire pour l'éloge historique de M. Cuvier, prononcé par M. Flourens. La séance commencera à une heure précise.

Panification du riz. — M. Arnal présente un travail manuscrit sur ce sujet. L'auteur croit que le riz dit riz sec, et considéré par la plupart des agronomes comme une espèce distincte, croît sur les hautes montagnes tropicales, où il tombe chaque jour des torrens de pluie. Ce riz ne croît pas sur de hautes montagnes, mais dans des plaines ou des vallées peu élevées au-dessus du niveau de la mer, et souvent, depuis le moment où on le sème jusqu'à celui où on le recueille, il ne tombe pas de pluie dans tout le canton ; c'est du moins ce qui s'observe dans plusieurs contrées tropicales.

Ne croyant pas à la possibilité d'obtenir du riz sans irrigation, M. Arnal indique un moyen pour empêcher les effets insalubres de cette irrigation, moyen qui consiste à renouveler fréquemment l'eau, de manière à l'empêcher de croupir.

Après avoir décrit le procédé qui lui semble le plus convenable pour opérer la panification du riz, l'auteur s'occupe de faire ressortir les avantages de cette opération. Ainsi, selon lui, 1° l'addition d'un septième de riz à la farine de froment dans la confection du pain, loin d'en altérer le goût, ne fait que l'améliorer ; 2° relativement aux propriétés nutritives, il a aussi un avantage réel sur le pain ordinaire ; 3° avec de la farine ainsi mélangée, on obtient un pain dont le poids et le volume sont plus considérables que ceux qu'on obtient d'une égale quantité de farine de froment. L'auteur fait à ce sujet des calculs tendant à prouver que si on adoptait son système, il y aurait pour la moitié de la France une économie de 390,387,500 fr.

— M. Larrey fait un rapport verbal sur un ouvrage du professeur V. Andreini, intitulé : Prospectus de la clinique chirurgicale exercée dans le grand hôpital de Florence pendant les années 1832 et 1833. L'honorable académicien donne une analyse du livre, et présente quelques observations sur les modifications que dans certains cas M. Andreini eût dû, suivant lui, apporter à ses méthodes opératoires.

Le chirurgien en chef de l'hôpital de Florence fait remarquer, dans un avertissement qu'il a mis à la fin de son tableau statistique, que, sur un nombre de 498 malades qu'il a soignés dans les salles de chirurgie de cet hôpital pendant les deux années que nous avons désignées, de ce nombre, 138 ayant subi des opérations plus ou moins graves, il n'en a perdu que 21. Ce succès extraordinaire fait, dit M. Larrey, ressortir le mérite et le talent de ce professeur, et à notre passage à Florence, nous avons pu apprécier par nous-mêmes ses procédés opératoires, et vérifier le succès dont nous avons parlé dans notre rapport. Au total, le travail de M. Andreini est digne d'intérêt et sera très-utile aux étudians en médecine.

Traitement d'une paralysie de la langue par le galvanisme. — M. Fabré-Palaprat lit une observation sur ce mode de traitement. L'homme qui y a été soumis, Jules Roula, âgé de 45 ans, après avoir été frappé d'apoplexie il y a 13 ans, resta paralysé de la portion des nerfs de la neuvième paire qui sert à l'articulation de la voix, et cette infirmité persista malgré les soins qui lui furent donnés soit chez lui, soit dans les hôpitaux, par plusieurs médecins distingués. Roula était depuis neuf ans à l'hospice des Incurables, lorsqu'il vint consulter M. Palaprat, qui désespéra d'abord de le guérir. Cet homme, en effet, ne pouvait articuler, quoique faisant entendre les voyelles d'une manière assez reconnaissable. Le 27 novembre dernier, M. Palaprat commença le traitement en pratiquant l'acupuncture à la nuque dans la direction de la base du cerveau. L'aiguille fut mise en communication avec le pôle négatif d'une forte pile voltaïque à courans interrompus à l'aide d'un chronomètre ; sur la langue on plaça une plaque de platine enveloppée de linge imbibé d'eau salée, cette plaque étant en communication avec le pôle positif de la pile.

Le malade fut frappé de commotions graduées qui bientôt, dit M. Palaprat, furent assez fortes pour lui faire ressentir de vives étincelles, un goût métallique insupportable, et de violentes contractions de la langue et de l'estomac. Enfin les commotions furent portées au point d'exciter les contractions de l'estomac et des muscles qui servent au vomissement. C'est alors, poursuit l'auteur du mémoire, que le muet, poussant un cri inusité, se jeta loin de l'appareil en articulant d'une manière assez distincte : Je parle, merci, M. le médecin ; je parle, merci. Il put sur-le-champ prononcer plusieurs phrases qu'on lui fit répéter. Du reste, les mots sortaient de sa bouche précipitamment et comme jetés ; de plus, il n'articulait ni le *j* ni l'*r*.

Le traitement, continué pendant cinq autres séances, rendit possible l'articulation de ces deux lettres. Cependant il fallut que le malade s'occupât de nouveau de l'éducation des organes vocaux, et sous la direction d'un maître qui le tint sans cesse en garde contre la précipitation avec laquelle il jette ses mots qui, encore aujourd'hui, sont souvent, vers la fin des phrases, assez embrouillés.

L'individu qui fait le sujet de cette observation était présent à la séance, et a répété plusieurs phrases d'une manière très-intelligible, mais qui tendait toujours à devenir confuse. Il était évident d'ailleurs que cet homme avait encore une difficulté notable à parler.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre. — *Présidence de M. Boulay.*

La correspondance imprimée comprend trois ouvrages en allemand adressés par M. le docteur Benoît Kimel, de Cassel (Hesse électorale), avec deux lettres en français, dont lecture est donnée à l'Académie.

Dans la première, l'auteur, après avoir insisté sur les dangers de la ligature et les inconvéniens de la torsion pour oblitérer les artères, annonce qu'il a inventé une opération nouvelle et selon lui bien supérieure, qu'il désigne sous le nom de *perplication*. C'est l'objet d'un des ouvrages qu'il envoie.

La seconde lettre accompagne un autre ouvrage sur le caillot formé dans les vaisseaux. Quand on met en regard les observations de MM. Andral, Gendrin, Cruveilhier, etc., on arrive à cette conclusion que les travaux de Petit, de Morand, de Jones, de Béclard, etc., ont sur ce point fort peu avancé la science. Après de nombreuses expériences sur les animaux, M. Kimel a trouvé 1° que la formation et l'organisation du caillot présentait diverses périodes qu'il faut bien distinguer; 2° que le caillot n'est pas absorbé, mais qu'il adhère au tissu artériel, avec lequel il se continue; 3° enfin qu'il en naît des vaisseaux sanguins de formation nouvelle, qui sont très-probablement ceux que des observateurs ont déjà signalés à l'extrémité des artères oblitérées. L'auteur destine cet ouvrage, ainsi qu'un troisième sur lequel il ne donne pas de détails, au concours pour le prix Monthyon.

Une voix. Mais alors c'est à l'Institut qu'il a voulu les adresser ?

M. Pariset. La suscription porte : *A l'Académie royale de médecine.* Du reste, comme il y a deux exemplaires de chaque ouvrage, il sera facile de remplir les intentions de l'auteur en en envoyant un exemplaire à l'institut, avec copie des lettres d'envoi.

M. Marc est chargé d'examiner le premier ouvrage; M. Renauldin le second. M. Amussat prend la parole pour dire qu'il n'a pas compris en quoi consiste le nouveau procédé : on répond qu'il est décrit dans l'ouvrage dont il s'agit. Sur la proposition de M. Double, MM. Amussat et Sanson seront adjoints à M. Marc pour faire un rapport sur cette opération nouvelle.

M. Velpeau écrit qu'il se démet de sa candidature pour la place vacante de membre titulaire. M. Tanchou écrit au contraire pour se mettre sur les rangs.

On donne lecture d'une lettre de M. Souberbielle; cet honorable chirurgien informe l'Académie qu'il est chargé par la fille de Perchet, ancien chirurgien de Charles IV, roi d'Espagne, de lui offrir le portrait de son père. A cette lettre est jointe une notice sur Perchet, dont nous avons extrait les détails suivans :

Jean Perchet, né à Dijon au commencement du siècle dernier, vint à Paris faire ses études chirurgicales. Lorsque la peste éclata à Marseille, il y fut envoyé avec une mission du gouvernement. Il eut le courage de s'inoculer la peste; l'inoculation réussit; et après s'être guéri, il se consacra tout entier au salut des autres. A son retour à Paris, le gouvernement le décora de la croix de Saint-Roch, et un peu plus tard du cordon de Saint-Michel. Enfin des lettres de noblesse lui furent conférées. Lorsque Charles III, roi de Naples, invita l'ancienne Académie de chirurgie à lui envoyer un chirurgien pour sa personne, ce fut Perchet qui fut nommé. Il se rendit donc à Naples; et lorsqu'en 1759 Charles III passa au trône d'Espagne sous le nom de Charles IV, Perchet suivit son maître, en conservant toujours le titre du premier chirurgien. La chirurgie espagnole lui fut redevable de notables encouragemens; il créa un collége médical à Barcelone, releva l'école de Cadix, etc. Il avait en Espagne les honneurs de la noblesse, qui ont été conservés à ses descendans. On sait que ce fut Perchet qui, dans des expériences entreprises à l'hôpital de la Charité, mit le premier les chirurgiens français sur la voie du procédé de lithotomie de Cheselden, que Morand allait chercher en Angleterre.

M. Cornac rappelle qu'un article du réglement dit qu'aucun buste ou portrait d'aucun membre de l'Académie ne pourra être admis dans la salle des séances que cinq ans après sa mort, et après un rapport fait par une commission spéciale. Rien n'a été indiqué pour les portraits de personnes étrangères à l'Académie; mais je crois qu'il faudrait au moins exiger un rapport.

M. Double, Il ne s'agit pas encore de savoir si ce portrait sera mis dans la salle des séances, mais si l'Académie l'acceptera. Or, je ne pense pas que nous puissions répondre par un refus à une offre faite avec tant de bonne grâce et de politesse. (Appuyé!)

M. Cornac retire sa proposition. Le portrait est accepté, et des remerciemens seront adressés à la donatrice.

— M. le Président annonce que l'Académie vient de perdre un de ses membres. M. Hédelhoffer. Il y a lieu de croire aussi que M. Gardien, qui s'est retiré dans le Berry, y est mort. Depuis 7 à 8 mois au moins M. Bodson l'a assuré à M. Bousquet.

M. Bailly. Il y a deux mois que j'ai reçu des nouvelles très-positives quant à l'existence de M. Gardien.

M. Roux. M. Bodson a peut-être intérêt à ce qu'il avance. (Rires et murmures.) Je dis *peut-être.*

M. le Président rappelle à cette occasion qu'il importerait beaucoup, au moment de réimprimer l'*annuaire de l'Académie*, d'avoir des données certaines sur le nombre de ses correspondans. Ainsi on dit que M. Grandchamp est mort. Nous ne connaissons pas la résidence de M. Kéroche, de la Lozère.

M. Moreau. Il serait facile de s'informer dans les départemens près des autorités.

M. le Président. Cela entraînerait trop de retards; nous prierons seulement ceux de nos collègues qui posséderaient quelques renseignemens de cette nature de nous les communiquer.

Nouveaux renseignemens sur la pâte de chlorure de zinc. — M. Velpeau. J'ai regret d'avoir à apprendre à l'Académie que les fâcheuses prévisions de M. Duméril se sont déjà réalisées. Depuis votre dernière séance on a fait grand bruit dans les journaux politiques d'un prétendu rapport de l'Académie sur la pâte de M. Cancoin et sur les succès

de son auteur ; M. Cancoin lui-même ne se fait pas faute de distribuer des prospectus, des adresses ; et même, il est fâcheux de le dire, exige de ses malades de l'argent avant tout traitement.

Il y a quelque autre chose à dire à propos de sa communication. Je ne le chicanerai point sur sa priorité ; quoique l'on puisse démontrer que le chlorure de zinc a été appliqué au traitement du cancer dès le treizième siècle. Mais M. Cancoin qui voulait le tenir secret, ou bien n'est pas bien au courant lui-même des propriétés de l'agent qu'il emploie, ou bien a voulu tromper l'Académie. Il faut, dit-il, employer du chlorure de zinc parfaitement anhydre ; prendre garde même qu'il n'absorbe l'humidité de l'air, qui le convertirait en hydrochlorate et lui ôterait toute sa causticité. Mais la pâte de M. Cancoin ne peut se faire sans eau ; son chlorure doit donc se transformer en hydrochlorate. Ceci est important à savoir ; car le chlorure de zinc est très-cher, tandis que l'hydrochlorate est à bon marché. Est-il vrai après cela que l'hydrochlorate employé de prime-abord pour faire la pâte, soit aussi inactif que le prétend M. Cancoin ? Pour m'éclairer sur ce point, j'ai fait deux pâtes, l'une avec le chlorure, l'autre avec l'hydrochlorate ; en voici des échantillons : on n'y peut voir aucune différence. Je les ai appliquées toutes deux ; toutes deux ont produit des escarres ; mais il faudra attendre la chute de ces escarres pour décider quelle pâte les aura faites plus profondes. Notez encore ici une condition essentielle, capitale, que M. Cancoin nous a tenue cachée ; c'est que la pâte ne prend point sur l'épiderme ; il faut d'abord mettre le derme à nu, pour que l'application ait les résultats qu'on désire.

Quant à l'addition du chlorure d'antimoine pour rendre la pâte plus molle et plus ductile, je ne saurais comprendre ni sa nécessité ni son utilité ; car vous pouvez juger par les échantillons que je présente avec quelle facilité on peut manier et appliquer la pâte d'hydrochlorate.

M. Lisfranc. Je demande la parole pour un rappel au réglement. Cette communication est une critique dirigée contre un travail qui est entre les mains d'une commission ; il est à la fois contraire au réglement et aux usages de l'Académie de commencer ainsi une attaque avant que la commission ait fait son rapport. (Bruits divers.)

M. Velpeau. Je n'ai que deux mots à ajouter. Le public, abusé par la communication incomplète et par les annonces de M. Cancoin, a besoin qu'on l'éclaire ; il faut qu'on sache que la pâte d'hydrochlorate, autant qu'on peut dès à présent le présumer, a autant de propriétés que la pâte de chlorure de zinc ; et enfin, pour ceux qui voudront répéter les expériences, je vais indiquer les proportions dont je me sers.

I. Pâte d'hydrochlorate de zinc.

Prenez :	hydrochlorate de zinc.	150 parties.
	Farine.	50 —

II. Pâte de chlorure de zinc.

Prenez :	chlorure de zinc.	100 parties.
	Farine.	50 —

On ajoute à chacune de ces deux combinaisons la quantité d'eau strictement suffisante pour en faire une pâte molle et facile à appliquer et à mouler comme on le désire.

Sur les instrumens de gomme élastique pure. — M. Lodibert revient sur ce qu'il a dit dans la dernière séance : le chirurgien prussien auquel il a vu employer des bandes de caoutchouc n'était pas le premier à se servir de cette substance ; on trouve, dans le traité de Juville sur les bandages herniaires, une pelote en caoutchouc pur, indiquée contre la hernie ombilicale.

M. Lodibert rappelle ensuite le fait que nous avons cité, savoir qu'en comprimant un des pessaires de M. Wiel, il l'a fait éclater au lieu même de la suture. Enfin, la manière de fabriquer des instrumens de caoutchouc pur, se trouve décrite *ex professo* dans les *Artis pharmaticæ principes*, par Bernard, qu'il ne faut pas confondre avec l'orfèvre Bernard, l'inventeur des instrumens en gomme élastique artificielle.

M. Paul Dubois fait un rapport au nom de la commission chargée d'examiner dans quelle section sera nommé le membre adjoint que l'Académie doit élire. La commission conclut à le nommer dans la section de pathologie chirurgicale. — Adopté.

— M. Hervez de Chégoin fait un rapport sur un instrument de M. Siguéro de Sylva, destiné à faciliter l'opération de la fistule vésico-vaginale. C'est un perfectionnement de la pince de M. Lallemand.

M. le rapporteur dit avoir appris d'un chirurgien militaire, que celui-ci avait guéri une fistule vésico-vaginale en détachant un lambeau pris sur la grande lèvre, et faisant passer ce lambeau à travers l'urètre, pour l'appliquer sur la fistule par l'intérieur de la vessie même. Il conclut du reste à remercier M. Siguéro, et à déposer son mémoire aux archives, *dans une case d'attente s'il y en a.* (On rit.)

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Amussat montre une pièce pathologique qui attire au plus haut degré l'attention de l'Académie, concernant une affection fort rare et fort remarquable du tissu osseux. Nous espérons être à même de donner l'histoire complète de la maladie dans notre prochain numéro.

Séance levée à 5 heures.

— Nous reproduirons ici les détails d'une autopsie, communiquée dans la séance dernière par M. Amussat à l'Académie, en montrant la pièce pathologique.

Désordres causés par des calculs urinaires.—Il s'agit d'un vieillard de 65 ans affecté de la pierre depuis longues années, et réduit à un état si déplorable quand il consulta des chirurgiens, que ni la taille ni la lithotritie n'étaient plus applicables. Il mourut par suite des accidens déterminés par les calculs. L'autopsie ne put être faite complétement ; mais voici les altérations remarquables que révéla la dissection des muscles abdominaux et de la vessie.

Les parois de l'abdomen étaient rouges, enflammées, en partie noirâtres et comme gangrénées, et remplies de petits foyers purulens depuis l'ombilic jusqu'au pubis et dans toute l'étendue transversale du ventre. Le péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie était soulevé par une foule de petits foyers purulens qui se crevaient sous la moindre pression et versaient le pus dans la cavité abdominale ; en sorte qu'on aurait pu croire à l'existence de fausses routes produites par un cathétérisme imprudent dans la paroi postérieure de la vessie. Rien de semblable n'avait pu cependant

avoir lieu, le malade n'ayant été sondé que peu de fois et toujours par une main habile et prudente.

La vessie ayant été fendue dans sa paroi postérieure on y trouva deux pierres oblongues situées en travers dans le bas fond de cet organe. La plus grosse comme triangulaire, était située en bas et à gauche; l'autre était située au-dessus et à droite; la vessie était pleine de matière purulente.

Après en avoir extrait les pierres et l'avoir nettoyé, on trouva la membrane muqueuse froissée et usée dans les points qui correspondaient aux pierres. Le calcul qui était à gauche était presque enchâtonné dans une espèce de cul-de-sac formé par la vessie contractée sur elle-même. Le col était fongueux et présentait un petit tubercule gros comme une petite noisette, correspondant à ce que Home a nommé le troisième lobe de la prostate. Ni les uretères ni l'urètre n'ont pu être examinés.

Il semble donc que la muqueuse ait été corrodée dans les chatons qui recevaient les deux calculs; et que le pus ayant fusé à travers les parois vésicales ulcérées a soulevé le péritoine, et décollé les muscles de l'hypogastre.

M. Amussat fait observer que ce fait, ainsi que plusieurs autres qu'il possède, démontre que le trop long séjour des pierres dans la vessie suffit pour déterminer des accidens mortels. Il faut donc réduire à sa juste valeur cet ancien principe des lithotomistes, que, l'opération de la taille réussissant d'autant mieux que le malade a plus souffert, on ne risque rien à la différer. M. Amussat pose au contraire en règle générale que soit pour la taille, soit pour la lithotritie, il y a avantage à recourir le plus tôt possible à l'opération.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE. — *Présidence de* M. BOULAY.

M. Bodson écrit qu'il a été induit en erreur et que M. Gardien vit encore.

Le secrétaire de l'université de Vienne (Autriche) écrit pour remercier l'Académie de l'envoi de ses mémoires et lui adresser en échange les *Annales de médecine de la monarchie autrichienne* (en Allemand).

M. Blandin se démet de sa candidature pour la place de membre titulaire, et se porte candidat pour la place d'adjoint. M. Devergie aîné et M. Bérard jeune se mettent également sur les rangs.

M. le président annonce que par décision du conseil d'administration, dans la prochaine séance on procédera au renouvellement annuel des commissions par scrutin de liste.

M. Rochoux prend la parole à l'occasion du procès-verbal. Il a examiné la nature de la tumeur présentée par M. Amussat, dont il avait obtenu un morceau, et le résultat de cet examen est qu'il s'agit d'une hypertrophie des cellules du diploé devenues molles et charnues, et remplies par du pus concret. M. Amussat, en remerciant M. Rochoux, fait observer qu'il avait émis une opinion toute semblable; à la vérité, M. Cruveilhier, qui a aussi examiné la tumeur, a cru y reconnaître le caractère encéphaloïde; mais M. Amussat ne peut se ranger de cet avis.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ COMME CONTRE-POISON DE L'ACIDE ARSÉNIEUX, par MM. MIQUEL ET SOUBEIRAN.

M. Soubeiran donne lecture de ce mémoire. Après avoir rappelé les expériences de M. Bunsen et celles de M. Lesueur, et indiqué ce qu'elles laissaient d'incomplet, il passe à l'exposé de celles qu'il a tentées avec M. Miquel. Les expériences furent très-variées.

1° Le 23 octobre dernier, ils administrèrent à un chien de moyenne taille 24 grains d'arsenic blanc dans une certaine quantité d'eau. Des vomissemens violens suivirent; l'oxide de fer hydraté fut donné; les vomissemens continuèrent. Le reste du jour, l'animal fut assez triste; mais le lendemain il avait repris sa gaîté, et deux jours après il était parfaitement remis.

A un autre chien, 10 grains d'acide arsénieux accasionèrent de semblables vomissemens; l'oxide de fer donné dix minutes après ne les arrêta pas; mais dès l'après-midi du même jour, le chien se portait bien.

On voit tout ce qu'on peut reprocher à ces expériences. Les nombreux vomissemens ont pu déterminer l'évacuation du poison d'une manière assez complète pour que l'action du tritoxide de fer ait été inutile; voilà ce qui a déjà été dit; toutefois il importait de le démontrer par le fait.

2° En conséquence, à trois chiens de taille moyenne on administra d'assez fortes doses, et à l'un d'eux jusqu'à 18 grains d'acide arsénieux. Des vomissemens et des selles copieuses survinrent plus ou moins promptement; dès l'après-midi, les chiens étaient rétablis, sauf quelques accidens de superpurgation qui persistaient encore.

La conséquence naturelle était que nulle expérience ne prouverait la valeur du contre-poison qu'autant que l'œsophage aurait été lié. De là de nouvelles séries d'expériences, dans lesquelles les auteurs furent aidés par M. Nonat, plus habitué aux vivisections.

3° Pour s'assurer d'abord des effets de l'opération en elle-même, on lia l'œsophage à un chien barbet après lui avoir donné à manger. L'animal succomba 78 heures après.

4° On donna à deux chiens les doses accoutumées d'acide arsénieux; puis on leur lia l'œsophage; l'un mourut deux heures, l'autre deux heures et demie après l'ingestion du poison.

Par ces deux sortes d'expériences, on avait ainsi deux termes de comparaison : l'un constatant les effets de l'opération seule, l'autre les effets du poison retenu par la ligature de l'œsophage.

5° On administra à un chien 12 grains d'acide arsénieux, puis on lui fit prendre une suffisante quantité de tritoxide de fer hydraté, et enfin on lia l'œsophage. Les premiers effets du poison se manifestèrent d'abord; mais au bout de trois heures tous avaient disparu. Au bout de 24 heures, on enleva la ligature; le chien vécut jusqu'au sixième jour.

Sur deux caniches auxquels on avait donné 18 grains d'acide arsénieux, le tritoxide administré en même temps et l'œsophage lié, on vit de même les symptômes de l'empoisonnement disparaître; l'un des chiens vécut 72 heures et l'autre 83 heures après l'opération.

Ces dernières expériences ne laissent donc plus le moindre doute, puisque deux des chiens ont vécu tout autant que celui auquel on n'avait fait que lier l'œsophage sans l'empoisonner, et que le troisième a survécu bien long-temps même.

Les énergiques effets du tritoxide de fer hydraté ainsi démontrés lorsqu'on l'administre immédiatement, il restait à rechercher sa valeur lorsqu'on ne le donne qu'à une certaine disitance de l'ingestion du poison.

6° On donna à un petit chien 8 grains d'acide arsénieux; l'oxide de fer ne fut donné qu'au bout de deux heures et demie; une demi-heure après l'animal avait succombé.

On administra l acide arsénieux à un chien de forte taille, puis on lui lia l'œsophage, et une heure après seulement on administra le contre-poison; le chien vécut 90 heures.

Même expérience faite sur un chien épagneul avec 8 grains d'acide arsénieux; il survécut 24 heures. Un chien barbet en prit 12 grains et ne succomba qu'après 48 heures.

On voit donc que les effets ont été divers suivant la taille et la force des individus, ce qui empêche d'établir des principes fixes et certains; mais on voit que chez la plupart de ces chiens l'administration du tritoxide de fer une heure après a de beaucoup diminué les accidens du poison et prolongé la vie de l'animal; chez l'un d'eux enfin, le poison semble avoir été complétement neutralisé, puisqu'il a vécu même davantage que celui auquel on n'avait fait que la ligature simple.

Mais un fait bien important à établir, c'est que le tritoxide de fer n'agit pas avec la même énergie dans toutes les circonstances. Ainsi, quand l'acide arsénieux est mêlé avec des substances grasses, le tritoxide de fer diminue bien les accidens de l'empoisonnement, mais ne les arrête pas complétement.

7° On donna à un chien barbet 12 grains d'arsenic mêlés à de la graisse; malgré l'administration du tritoxide, il succomba 24 heures après. Un caniche qui avait pris 18 grains d'arsenic ne vécut que 30 heures. Il semble que le tritoxide de fer hydraté n'agit que sur la couche extérieure de l'acide arsénieux, mélangé ainsi avec la graisse; et quand l'arsénite de fer formé par leur combinaison et l'oxide resté en substance, ont passé dans les intestins, l'acide arsénieux demeuré plus long-temps dans l'estomac agit alors sans rencontrer d'obstacles.

MM. Miquel et Soubeiran ont aussi expérimenté que si l'on met le tritoxide de fer hydraté en contact avec l'acide arsénieux dans une abondante quantité d'eau, la décomposition est très-rapide; tandis qu'elle se fait bien plus lentement lorsque les deux substances ne sont qu'à l'état de bouillie épaisse. Enfin, il importait de préciser quelle quantité de tritoxide était nécessaire pour s'emparer de tout acide arsénique. Dans toutes leurs expériences sur des chiens, ils avaient employé douze parties de tritoxide pour une partie d'acide. En faisant réagir ces deux quantités l'une sur l'autre dans une grande quantité d'eau la décomposition est en effet complète. A quantité égale ou peu supérieure du tritoxide, il reste de l'acide arsénieux en substance; il faut arriver à cinq parties contre une pour opérer totalement la décomposition de l'acide.

M. Soubeiran indique ensuite une manière simplifiée d'obtenir le tritoxide de fer hydraté, substance que tous les pharmaciens, ajoute-t-il, devront désormais avoir dans leurs officines. Enfin, il résume en peu de mots les conclusions de ce mémoire; les plus essentielles sont que le tritoxide de fer est un excellent contrepoison de l'acide arsénieux, mais que pour en obtenir le plus d'avantages possible, il faut le donner en excès, étendu d'eau, et le plus tôt possible après l'ingestion du poison.

M. le président annonce que ce mémoire sera renvoyé au comité de publication; mais sur l'observation de M. Bousquet, il ajoute que s'il était publié dans les journaux autrement que par de très-courts extraits, il ne pourrait plus être inséré dans les fascicules de l'Académie.

M. Roux termine les communications qu'il avait à faire sur son voyage en Italie. Nous les donnerons dans toute leur étendue.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

Fin de la séance du 9 décembre.

Voyage chirurgical de M. Roux. — Italie. — M. Roux a la parole pour terminer ses communications relatives à son voyage. J'ai annoncé, dit-il, que je parlerais aujourd'hui des hommes et des choses. Mais on sent qu'il y aurait de la témérité à moi de porter un jugement sur des hommes avec lesquels je suis resté si peu de temps en contact. Je me bornerai à dire en général que si les chirurgiens de talent ne manquent pas en Italie, si l'on peut nommer avec honneur MM. Cairoli, Porta, Rima, Manzoni et nombre d'autres, cependant aucune grande renommée ne s'est assez élevée au-dessus des autres pour devenir européenne, et les places laissées par Scarpa et Vacca-Berlinghieri jusqu'à présent sont demeurées vides, ce qui ne préjuge sans doute rien pour l'avenir. L'anatomie paraît être plus heureuse; ainsi à Pavie on cite M. Lovati, mais surtout M. Panizza, le professeur le plus distingué, m'a-t-on assuré, de toute l'Italie; à Florence, M. Zanetti, qui s'occupe particulièrement de l'anatomie pathologique.

Je rattacherai les faits dont j'ai à entretenir l'Académie à quatre chefs : *anatomie*, *anatomie pathologique*, *accouchemens* et *chirurgie*.

I. *Anatomie*. J'ai admiré dans les cabinets de Pavie des préparations qui ont servi à Scarpa pour ses travaux sur la structure des os, sur les hernies, sur les anastomoses des artères; ainsi on y conserve le membre du premier individu opéré par lui à la méthode de Hunter, et qui survécut si long-temps et si heureusement à l'opération. Qu'on me permette de rappeler que j'ai eu aussi le bonheur de voir vivre de longues années le premier malade que j'opérai de l'anévrisme, dans un temps à la vérité où la méthode de Hunter n'était point encore admise en France.

On doit à M. Panizza une foule de préparations nouvelles. Ce savant anatomiste a repris et considérablement amplifié les travaux de Mascagni sur les lymphatiques; il a injecté d'une manière admirable les lymphatiques des organes de la génération. Une autre pièce montre le mode de connexion des filets nerveux du grand sympathique avec les nerfs de la

moelle épinière. Mais un fait sur lequel j'appuierai davantage est celui-ci. On sait que depuis quelque temps plusieurs anatomistes ont avancé que les membranes séreuses ne sont nullement vasculaires, et constituent seulement une sorte d'épiderme au-dessous duquel sont les vaisseaux. J'avoue que j'avais quelque peine à me ranger de cet avis; mais les pièces que j'ai vues à Pavie m'ont affermi plus que jamais dans ma première opinion. J'ai vu des membranes séreuses de toute espèce réduites à elles-mêmes, et que l'injection faisait voir pourvues d'un grand nombre de vaisseaux; et la vascularité de ces membranes est désormais pour moi chose démontré et incontestable.

J'ai déjà cité pour leur beauté les collections en cire de Florence; on ne peut pas s'attendre à trouver là des faits nouveaux. Je dirai seulement qu'à Bologne on conserve le modèle en cire d'une tête énorme, qui semblerait avoir été empruntée à une statue colossale, et qui avait appartenu à un individu de moyenne grandeur.

II. *Anatomie pathologique.* Cette branche de l'art a repris dans ces dernières années une grande faveur en Italie, et je dois le dire, on la cultive avec beaucoup moins d'égoïsme que chez nous. Nous avons en effet beaucoup fait pour la science, et fort peu pour ceux qui la cultivent et qui voudraient vérifier les faits annoncés. Nulle part on ne voit de musée ou de cabinet où soient conservées les pièces pathologiques, même les plus rares; et il serait bien temps de fonder, soit dans nos Facultés, soit dans nos hôpitaux, des collections de ce genre, pour nous mettre à même de lutter avec l'Angleterre, l'Allemagne et l'Italie, qui sous ce rapport ont bien plus riches et plus avancées que nous.

La collection la plus remarquable que j'aie vue, est celle de Florence, entretenue et enrichie par M. Zanetti. Les pièces qui ont le plus attiré mon attention, sont 1° un crâne traversé par une lame de poignard, dont la pointe déborde de près d'un pouce la table interne des os. L'individu ainsi frappé a survécu long-temps à sa blessure, portant le fer enclavé dans le crâne; 2° deux pièces qui démontrent jusqu'à l'évidence l'enfoncement des os du crâne sans fracture. On a beaucoup discuté sur ce sujet, et tous les doutes ne sont pas encore dissipés; ils ne sauraient subsister devant ces deux pièces appartenant à des sujets qui avaient passé l'âge de l'enfance; dans l'une, la table externe seule a ployé; dans l'autre, c'est l'épaisseur de l'os tout entière; 3° La matrice d'une femme qui avait survécu à une première opération césarienne, et qui a succombé à une seconde; 4° la tête d'un enfant hydrocéphale qui contenait jusqu'à 32 livres d'eau. M. Esquirol doit avoir un modèle en plâtre de cette tête; 5° enfin la dernière pièce est un radius dont toute la diaphyse est occupée par une tumeur fongueuse sanguine, qui, pendant la vie, avait été prise pour un anévrisme. On sait que ces tumeurs étaient à peine connues même au dix-huitième siècle, et qu'après avoir constaté leur existence dans les parties molles, on l'a niée dans les parties osseuses. Pour moi, je suis convaincu de leur présence dans le tissu osseux par ma propre expérience, et j'ai eu le bonheur une fois d'arrêter les progrès d'une tumeur semblable également développée dans le radius, par la ligature de l'artère brachiale.

III. *Accouchemens.* En disant quelques mots sur cette matière dont je me suis peu occupé, je réclame l'indulgence de l'Académie s'il vient à m'échapper quelque hérésie. J'ai dit que partout, en Italie, il y a dans les Facultés des cliniques d'accouchemens; on trouve en outre, dans plusieurs villes, des hospices de maternité et des écoles pour les sages-femmes. Celui dont l'aspect m'a le plus frappé, est l'hospice de Milan, dirigé par M. N..., un de mes anciens élèves, que j'ai vu externe à la Charité.

M. N... a fait plusieurs opérations césariennes, sur lesquelles il a obtenu deux succès. Il m'a montré deux placentas continus l'un à l'autre, rencontrés dans un cas de grossesse double; fait extrêmement rare, et dont la réalité avait été révoquée en doute. Dans les cas de ce genre, doit-on lier du côté de la mère le cordon ombilical du premier enfant sorti, pour éviter une hémorrhagie par ce cordon, qui pourrait devenir abondante et funeste? Je sais que quelques accoucheurs regardent cette précaution comme inutile, mais elle ne saurait l'être quand les placentas sont continus; et je crois, ou du moins la théorie indique qu'il convient d'y avoir recours.

Le même accoucheur a commencé une collection déjà très-riche de bassins viciés; et la comparaison d'un grand nombre de pièces de ce genre lui a donné lieu de faire une remarque fort importante. Dans les bassins dont la viciation consiste dans une inclinaison oblique d'un côté qui coïncide avec une étroitesse notable du même côté, il y a soudure intime et complète de la symphise sacro-iliaque correspondante; en sorte que si l'on pratiquait la symphiséotomie, on ne pourrait écarter l'os iliaque de ce côté, et l'on risquerait plutôt de le briser.

A l'hospice de la maternité de Padoue, j'ai vu une femme dans un bon état de convalescence après avoir souffert, dans un seul accouchement, les quatre opérations les plus graves qu'on puisse pratiquer sur le fœtus: la version d'abord; puis, la tête étant hydrocéphalique, la perforation du crâne; puis le bassin se trouvant encore trop étroit, la détroncation et enfin l'extraction de la tête. Toutes ces opérations avaient été faites quinze jours auparavant; et, comme je l'ai dit, la femme était en pleine convalescence.

IV. *Chirurgie.* Le temps me manquerait si je voulais m'appesantir sur le caractère général de la chirurgie italienne; d'ailleurs je n'en ai vu qu'une partie, et ce que j'en dirais ne s'appliquerait peut-être pas exactement à toute l'Italie. Je me bornerai donc à dire que les chirurgiens italiens m'ont paru peu disposés en général à adopter les innovations françaises; ainsi cette brillante découverte de la lithotritie n'y est pas appréciée à sa juste valeur, et cette opération n'a été encore tentée qu'une seule fois par un chirurgien de Florence. Le génie de Scarpa mort domine encore toutes les écoles; ses procédés y font loi; ainsi on n'y opère la cataracte que par abaissement, et l'on ne connaît pas, pour ainsi dire, l'extraction de la lentille crystalline.

A Florence, M. Andreini m'a montré un sujet qu'il a guéri d'un anévrisme de l'artère crurale par la méthode de Valsalva, la débilité générale ne permettant pas de recourir à l'opération. J'ai vu dans le même hôpital une fracture compliquée de la cuisse par suite de laquelle il y a eu séparation

spontanée du membre. J'ignore pourquoi on a laissé cette séparation se faire ; à mon avis, l'amputation était la seule indication à remplir.

A Venise, on m'a présenté un homme qui avait été atteint d'une lésion intéressante par la singularité seulement ; car il n'y a pas d'induction à en tirer, et il est bien difficile que le même cas se représente. Un couvreur tomba d'un échafaudage très-élevé ; dans la chute, le corps était disposé en travers ; la nuque rencontra un pieu de 2 pouces carrés d'épaisseur ; ce corps divisa la peau et les muscles et s'enfonça jusqu'aux vertèbres sans fracture des os, sans commotion du cerveau ni de la moelle, et cet homme resta sur son pieu comme empalé ; en sorte que les autres ouvriers furent obligés de couper le pieu pour transporter à l'hôpital leur camarade, ayant encore dans la plaie ce corps étranger figurant une espèce de joug. La plaie a marché sans accidens.

A Milan, on m'a fait voir un homme qui avait été guéri d'une varice anévrismale par la ligature de l'artère brachiale. Ce cas est très-curieux, et je l'ai observé pour moi-même avec beaucoup d'intérêt. On sait, en effet, que la varice anévrismale ne semble pas pouvoir guérir par la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur, et que c'est sur la tumeur même qu'il faut mettre à découvert et lier le vaisseau. L'année dernière, j'ai fait une triste expérience de la valeur de ce principe, qui est d'ailleurs généralement adopté. Il s'agissait cependant de la variété de varice anévrismale qui offre le plus de chances de guérison par la simple ligature, ce que nous nommons en France *anévrisme variqueux*. Je liai l'artère brachiale au-dessus de la tumeur ; celle-ci n'en persista pas moins ; je fus obligé d'en venir à l'opération ordinaire, et la malheureuse femme succomba aux suites de cette seconde opération. Après cet insuccès, le fait dont j'ai été témoin à Milan a donc une grande portée, puisque malgré la théorie et malgré les faits contraires, il démontre que la ligature de l'artère peut quelquefois réussir.

Je terminerai cette revue par le récit d'un fait où j'ai joué un rôle, et qui laissera au-delà des Alpes un souvenir de la chirurgie française. Un jeune officier italien, âgé de 22 ans, engagé dans un régiment autrichien, s'était luxé l'avant-bras cinq mois auparavant, dans une garnison de Hongrie, il y avait déjà cinq mois. La luxation n'avait point été réduite, l'avant-bras restait donc en arrière de l'humérus, tout le membre dans l'extension, la flexion impossible, et une ankylose complète en apparence. Tout récemment MM. Cairoli et Porta, à Pavie, avaient été consultés et avaient refusé de tenter la réduction. Ce jeune homme vint me voir ; comme trois fois déjà j'avais réussi à réduire des luxations de ce genre, après un très-long temps écoulé, j'entrepris de le guérir. Les manœuvres furent longues et difficiles ; mais enfin elles réussirent, les os revinrent en leur place. Il n'y eut pas d'accidens, et l'inflammation fut combattue par les émolliens, et douze à quinze jours après, à mon passage à Padoue, la mère du jeune homme qui y résidait me donna de ses nouvelles ; les accidens avaient cessé, et il avait complétement recouvré l'usage de son membre.

M. Lodibert. Je ne veux faire qu'une rectification ; M. Roux a dit dans une précédente séance que les pharmaciens en Italie étaient reçus par les Facultés de médecine ; cela n'est vrai que pour les états autrichiens. Il y a cinq états en Italie où l'on suit une marche différente, et en Piémont, par exemple, les réceptions de pharmaciens se font à peu près suivant le même mode que chez nous.

M. Breschet. M. Roux a semblé regarder Panizza comme le simple continuateur de Mascagni ; c'est trop rabaisser ce savant anatomiste. Il a été plus loin que Mascagni ; il a montré qu'il s'était trompé plus d'une fois ; ainsi Mascagni, dans son *Prodrôme*, avance que tous nos tissus sont composés de lymphatiques, même les tissus osseux, cartilagineux, fibreux ; Panizza a prouvé que les lymphatiques ne se trouvent dans ces tissus que pour une très-faible part. Panizza vient d'étudier le système lymphatique chez les reptiles ; il a fait voir enfin « qu'un homme que nous avons couronné en » France s'était trompé et avait menti impudemment ; cet » homme a pour nom Lippi. » (Une voix : L'expression est peu académique.)

M. Amussat s'élève avec force contre l'âcreté des paroles de M. Breschet.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE. — *Présidence de M. Boulay.*

M. Cadet-Gassicourt adresse des observations sur diverses préparations du Codex. L'Académie ayant déclaré que le codex n'était plus en rapport avec les progrès de la science, et qu'il était urgent de le réformer, il serait à désirer que tous les pharmaciens apportassent à la commission qui sera chargée de ce soin, les résultats de leur expérience.

M. Cadet-Gassicourt termine sa lettre en annonçant qu'il a découvert dans la fleur de mélilot une substance qu'il a d'abord crue nouvelle, mais qui paraît avoir déjà été reconnue par MM. Thubœuf et Chevallier.

M. Chevallier. C'est une matière cristalline ressemblant beaucoup à celle qu'on retire de la fève tonka.

Commissaires : MM. Henri, Soubeiran et Lodibert.

M. le président annonce la mort de M. Lallemand, chirurgien de la Salpêtrière. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques, qui ont eu lieu vendredi dernier. MM. Laubert et Hédelhoffer étant morts, il y a donc trois places vacantes, ce qui donnera lieu en temps opportun à une élection.

L'ordre du jour est la nomination d'un membre titulaire. Un incident se présente : M. le président annonce qu'il vient de recevoir une lettre de l'un des quatre candidats présentés, qui se démet de sa candidature. Le candidat est M. Leroy-d'Étiolle. Plusieurs membres de l'Académie insistent pour que M. Leroy garde sa candidature : cet honorable candidat retire sa lettre. On procède au scrutin.

Le nombre des membres présens est de 83 ; il y a 82 bulletins. Majorité absolue 42. Les suffrages ont été ainsi répartis.

M. Civiale, 52 ;
M. Leroy d'Étiolle, 16 ;
M. Souberbielle, 9 ;
M. Nicod, 1 ;
M. Louis, 1 ;
Bulletins blancs, 3.

M. Civiale est proclamé membre titulaire ; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

On procède ensuite au renouvellement des commissions permanentes.

1° *Commission des épidémies.* Membres sortans, MM. Villeneuve et Martin Solon ; remplacés par MM. Double et Burdin jeune.

2° *Commission des eaux minérales.* Membres sortans, MM. Lodibert et Guéneau de Mussy ; remplacés par MM. Mérat et Lerminier.

3° *Commission de vaccine.*

Membres sortans, MM. Forestier et de Lens ; remplacés par MM. Jadelot et Danyau.

4° *Commission des remèdes secrets.* Les deux membres sortans dont les noms nous échappent, sont remplacés par MM. Réveillé-Parise et Lodibert.

5° *Comité de publication.* Renouvellement intégral : MM. Itard, P. Dubois, Bousquet, Guéneau de Mussy et Pelletier.

LUXATION CONGÉNIALE DU FÉMUR.

M. Breschet présente le bassin d'une jeune fille de 11 ans atteinte d'une double luxation congéniale des fémurs. Dans l'été dernier, dit l'honorable membre, j'ai fait voir à l'Académie un homme qui portait cette même affection ; mais les phénomènes anatomiques n'en étaient pas bien connus. Cette pièce, qui m'a été envoyée par M. Humbert de Morlaix, présente donc un puissant intérêt.

J'avais avancé alors que cette affection, improprement appelée luxation, n'était qu'un simple défaut de développement de la cavité cotyloïde et de la tête du fémur, et se rangeait ainsi dans la classe nombreuse des arrêts de développement ; plusieurs membres de cette Académie, principalement des accoucheurs, ont pensé que c'était plutôt une luxation, mais accidentelle et produite par les manœuvres de l'accouchement, lorsqu'on amène l'enfant par les fesses. On pouvait déjà opposer à cette opinion la fréquence de cette affection des deux côtés du bassin ; le fait anatomique que je mets sous vos yeux achève de la renverser.

Ce bassin est en général régulièrement développé ; un peu petit pour l'âge de la jeune fille ; les deux côtés sont aussi rapprochés l'un de l'autre, de façon que le diamètre sacro-pubien est égal ou même plus grand que le transversal. Les trois pièces de l'os coxal ne sont pas encore soudées, ce qui indique un retard dans l'ossification ; les têtes fémorales existent, mais peu développées et irrégulières. La cavité cotyloïde droite n'existe pas, ou plutôt elle est remplacée par une surface articulaire presque pleine ; à gauche, elle est un peu plus profonde ; mais beaucoup moins que dans l'état naturel. La pièce est sèche et ne permet pas d'en voir davantage ; mais à l'état frais, le ligament capsulaire, trop large pour maintenir les deux os en parfait rapport, permettait à la tête du fémur de glisser en bas ou en haut, selon les divers mouvemens de la cuisse, et elle glissait le plus ordinairement sur le dos de l'os ilium.

Comment, dans un cas semblable, expliquer les guérisons que M. Humbert dit avoir obtenues? M. Marjolin pense que les extensions faites par cet opérateur ont eu pour effet de placer la tête du fémur en bas de la cavité cotyloïde, directement au-dessus de la tubérosité sciatique ; et par un appareil convenable et une pression ménagée, on amène la tête du fémur à se creuser là une cavité nouvelle, où elle est mieux retenue que dans sa cavité primitive. Quoi qu'il en soit, la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Humbert, n'avait pas voulu faire son rapport sans avoir vu des malades avant le traitement et après la guérison. Nous lui avons donc envoyé des malades ; ils sont en voie de guérison ; une jeune malade de ce genre se trouve d'ailleurs en ce moment à l'*Institut orthopédique* de MM. Pravaz et Guérin ; la réduction a eu lieu, et la guérison paraît à peu près certaine. Nous pouvons donc annoncer que la commission fera sous peu son rapport.

M. Amussat présente un homme auquel il a fait la section du M. sterno-mastoïdien, pour un torticolis rebelle à tous les autres moyens. L'affection persista encore quelque temps après l'opération ; enfin les soins et la persévérance du chirurgien furent suivis d'un succès complet. Nous publierons cette observation intéressante dans ce volume.

Séance levée à 5 heures.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE. — *Présidence de* M. BOULAY.

L'ordre du jour est l'élection des membres du bureau pour 1835. On procède d'abord à l'élection du président.

Il y a 76 membres inscrits, 75 bulletins déposés dans l'urne. Majorité, 38. M. Lisfranc a obtenu 65 suffrages ; M. Duméril, 2 ; M. Louyer-Villermay, 2 ; voix perdues, 8. M. Lisfranc est proclamé président de l'Académie.

Pour l'élection du vice-président, le nombre des votans est de 76 ; majorité, 39. M. Louyer-Villermay a obtenu 47 voix, M. Duméril, 7 ; M. Cornac, 5 ; M. Husson, 4 ; M. Guéneau de Mussy, 3. Voix perdues, 10. M. Louyer-Villermay est proclamé vice-président.

On passe à la nomination du secrétaire. Sur 76 votans, M. Renauldin, ayant obtenu 72 suffrages, est continué dans ses fonctions de secrétaire pour 1835.

Le scrutin pour la nomination du trésorier donne 78 votans. M. Mérat a obtenu 55 voix ; M. Forestier, 11 ; M. Burdin aîné, 10 ; 2 voix perdues. M. Mérat est nommé trésorier.

Il reste à élire trois membres du bureau par scrutin de liste. Au premier tour de scrutin, sur 78 votans, M. Boulay ayant obtenu 47 voix, et M. Demours 44, sont nommés membres du bureau. Les membres qui ont le plus approché de la majorité, sont MM. Cornac, Renoult, Marc, etc. Au second tour de scrutin, sur 40 votans, M. Cornac a obtenu 22 voix ; en conséquence il est proclamé membre du bureau.

M. Amussat montre une jambe qu'il a amputée il y a trois jours, pour cause de gangrène de cause interne et douteuse, sur une femme de 40 ans. Nous publierons cette observation lorsqu'elle sera complète.

M. Benoît, chirurgien de l'hôpital de Versailles, lit une observation de gangrène sénile, avec momification de la jambe. La pièce pathologique est également mise sous les yeux de l'Académie.

M. Velpeau présente un jeune homme qui porte dans la fosse temporale gauche une tumeur à pulsations artérielles

manifestes, datant d'un an seulement, qui a déjà repoussé en dehors, d'une manière sensible, l'arcade zygomatique. En la comprimant quelques instans, on la refoule sous cette arcade. La compression de l'artère temporale est de nul effet; celle du tronc carotidien interrompt les battemens de la tumeur. Elle paraît siéger sous le muscle temporal; on n'y entend d'ailleurs aucun bruit de souffle. Est-ce un anévrisme, un fongus de la dure-mère, ou une tumeur érectile? M. Velpeau reste dans le doute.

La séance est levée à 5 heures.

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES,
MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN,
DE ROUEN, DU DÉPARTEMENT DE L'EURE, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
D'ÉMULATION DE TOURNAY,
DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, ETC.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33

1835.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

[illegible]

MÉDICAL BELGE

[illegible]

AVANT-PROPOS.

Lorsque nous fondâmes, il y a un an, le Bulletin médical belge, alors qu'il n'existait en Belgique aucun journal indigène consacré à la médecine, cette entreprise naissante reçut du public médical l'accueil le plus flatteur; des praticiens éclairés dont nous respectons infiniment les opinions et le jugement voulurent bien nous encourager en s'associant à nos travaux et nous aider de leurs conseils. Sous de si favorables auspices notre recueil ne pouvait manquer de prospérer, ainsi que l'a justifié l'extension rapide qu'il acquit en très-peu de temps par les nombreux matériaux qui nous parvinrent de toutes parts, extension qui le place désormais sur la même ligne que les journaux étrangers.

Un coup d'œil jeté sur les douze numéros de l'année écoulée prouvera que nous ne sommes pas restés au-dessous de la tâche que nous nous étions imposée : en donnant accès à toutes les doctrines quelles qu'elles soient, en enregistrant tous les faits et les recherches de nos compatriotes, facilitant la discussion sur des questions en litige, et leur appliquant quelquefois cet esprit d'analyse et de critique qui épure les théories, nous avons atteint le but que nous nous étions proposé; nous avons, à l'aide de ce mode de publicité, servi la science et l'humanité, en même temps que nous contribuions à relever la nationalité belge aux yeux du monde savant.

Si la presse médicale de notre pays a besoin d'être alimentée par la presse française, nous aurons aussi nos travaux à offrir en échange de ce que nous en recevons et on ne pourra nous accuser de rester indifférens au mouvement scientifique qui ébranle en ce moment toutes les doctrines, mouvement qui tend vers un perfectionnement réel basé sur l'observation attentive des faits.

Ars medica est tota in observationibus. Ces paroles de Baglivi, dont on reconnaît aujourd'hui toute la justesse et que nous adoptons pour épigraphe, serviront de règle à la rédaction du Bulletin médical belge, et tous les efforts des collaborateurs tendront à ne point s'en écarter.

L'appel que nous avons fait dans le temps à nos confrères a porté ses fruits : nous le réitérons aujourd'hui pour ceux qui ont hésité de se joindre à nous pour nous seconder dans la tâche que nous avons si heureusement commencée. Les bons observateurs sont assez nombreux en Belgique pour qu'à l'aide des matériaux qu'ils nous transmettront, nous puissions espérer de prendre part un jour à l'édification du système scientifique qui surgira nécessairement des discussions qui agitent le monde médical.

La marche que nous avons suivie pour 1834, sera celle que nous suivrons pour 1835. Nous continuerons donc de publier tous les mémoires et observations qui nous seront adressés, quel que soit l'esprit de doctrine qui ait présidé à leur rédaction, pourvu qu'ils aient la science pour objet. Nous ferons quelquefois des

excursions dans la littérature médicale allemande et anglaise, par des extraits ou des analyses; deux de nos collaborateurs ont bien voulu se charger de traduire les morceaux les plus remarquables écrits en ces deux langues. Une place sera réservée à l'insertion des *Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, qui formeront une partie distincte des autres travaux. L'Encyclographie des sciences médicales qui paraît conjointement avec ce journal suppléera au reste, et ces deux recueils réunis offriront l'ensemble le plus complet de la science dans tous les pays civilisés.

Bruxelles, 4 janvier 1835. M.

PREMIÈRE LISTE DES COLLABORATEURS.

Accarain, D. M., à Mons.
Canstatt, D. M., à Bruxelles.
Decourtray, D. M., médecin principal pensionné, à Mons.
Dekirckhoff (Le chevalier), D. M., vice-président de la Société des sciences et arts, à Anvers.
Dubois (F.), D. M., à Tournay.
Fallot, D. M., médecin principal de l'hôpital militaire et de la garnison de Namur, membre de la commission médicale de la province et de plusieurs sociétés savantes.
Filleul, chirurgien de l'hôpital civil d'Ostende.
Fromont, médecin de garnison honoraire, à Charleroy.
Griepekoven, pharmacien à Bruxelles.
Leroy (J. G.), pharmacien à Bruxelles, membre de la Société des sciences médicales et naturelles.
Marcq, D. M., membre de la commission médicale du Hainaut, à Charleroy.
Malaise, D M., à Liége.
Marinus, D. M., rédacteur en chef.
Morren (Ch.), professeur de botannique à l'université de Gand.
Naeghels, D. M., à Bruxelles, médecin du dépôt de mendicité de la Cambre.
Philippart, D. M., à Tournay.
Seutin, D. M., chirurgien en chef de l'hôpital St.-Pierre, médecin en chef de l'armée belge.
Sovet, D. M., à Beauraing, province de Namur.
Thunot, D. M., chirurgien en chef de l'hôpital civil de Tournay.
Van Cuyck, D. M., à Bruxelles.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 1. — JANVIER 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

RECHERCHES *sur les causes des tumeurs spléniques consécutives aux fièvres intermittentes*; par le docteur FALLOT, médecin principal de l'hôpital militaire et de la garnison de Namur, chevalier des ordres de Léopold et de la Légion d'Honneur, etc.

> Si nous raisonnons mal nous avons tort; mais si nous raisonnons bien, nos résultats n'ont pas besoin d'être d'accord avec ceux que d'autres ont tirés pour avoir tous les caractères de la certitude et de l'évidence.
> (CABANIS, *du Degré de certitude de la médecine.*)

Il est connu de tous les médecins, qu'au nombre des accidens consécutifs aux fièvres intermittentes il n'y en a pas de plus communs que les engorgemens de la rate. L'époque à laquelle ils surviennent est loin d'être exactement déterminée, mais on est généralement d'accord qu'ils sont plus familiers dans les pays où ces fièvres sont endémiques ou chez ceux qui, les y ayant contractées, en éprouvent ailleurs des récidives, que dans les fièvres intermittentes sporadiques et nées en dehors de l'influence des effluves marécageux.

C'est à la recherche des causes de ces engorgemens que je me propose de me livrer: examiner si c'est à une congestion active, à un appel fait au sang par une augmentation des mouvemens vitaux ou à une congestion passive, à un simple refoulement du sang, une espèce d'imbibition, que la tuméfaction splénique doit être attribuée; incidemment je fournirai quelques considérations sur leurs effets et leur traitement.

§ Ier. — Avant d'entrer en matière, il ne sera pas inutile de jeter un coup d'œil sur la disposition anatomique de la rate.

Nous devons aux professeurs *Félici* et *Panizza*, de l'université de Pavie, un travail intéressant à son sujet, dans lequel ils démontrent sans réplique l'analogie de sa structure avec celle des tissus érectiles et notamment des corps caverneux de l'urètre et du clitoris.

Il existe deux moyens d'en faire un examen parfait : l'un consiste dans des lavages répétés jusqu'à ce qu'elle soit vidée de tout le sang qu'elle contient; l'autre, son insufflation par la veine splénique : cette dernière réussit mieux sur des rates trouvées dans le cadavre à l'état d'expansion qu'à celui de resserrement.

De quelque manière d'ailleurs qu'on y procède, voici ce qu'on rencontre : d'abord une tunique séreuse, dans laquelle elle est contenue comme dans un sac et qui lui est fournie par le péritoine; elle est fortement adhérente à un tissu fibreux servant d'enveloppe ou de capsule au viscère, et de la surface interne de laquelle partent de nombreux prolongemens, dont les uns, par leur réunion, constituent des espèces de cloisons ou lames, divisant l'organe en lobules semblables à ceux qu'on rencontre dans le poumon et lui donnant un aspect réticulé, les

autres, en s'entrecroisant, laissent entre eux de petites aréoles ou vacuoles qui sont les cellules de la rate. Dans l'état d'expansion on voit ces cellules à l'œil nu, remplies d'un fluide clair; dans celui de resserrement elles ne sont visibles qu'à la loupe. Cette substance fibreuse jouit dans tous ses prolongemens d'une propriété contractile extrêmement remarquable: quand on coupe une rate fraîche par tranches, les cloisons, en se rétractant, font faire saillie au liquide contenu, ce qui donne à la surface un aspect granulé, parfaitement semblable à celui que présente la coupe d'un poumon au 2e degré de péripneumonie.

Une grosse artère lui apporte le sang, mais à peine y est-elle entrée qu'elle se subdivise en une infinité de petits rameaux dont la ténuité ne permet pas de les suivre. Plusieurs anatomistes pensent qu'ils se distribuent sur les parois des cellules.

Assolant a constaté par pluieurs expériences que, lorsqu'on lie une des branches de l'artère splénique on tue la portion à laquelle cette branche se distribue (*Adelon*), d'où il est permis de conclure que les anastomoses artérielles y sont rares. Quand on l'insuffle en y introduisant l'air par une des branches artérielles, cet air ne passe pas dans les autres.

La distribution des veines est mieux connue. Elles naissent par des filamens extrêmement déliés, qui se continuent avec ceux dont les cellules sont elles-mêmes formées, et semblent n'en être qu'un prolongement; en se réunissant, ces filamens constituent d'abord des cylindres frangés, percés de nombreux orifices assez grands pour admettre un stylet; plus on s'approche des troncs de la veine splénique, moins les trous, dont la paroi vasculaire est criblée, sont grands, mais toujours et partout ils communiquent directement avec les cellules; enfin ces troncs, au nombre de trois ou quatre, se fondent, à leur sortie de la scissure, en un seul qui va s'ouvrir dans la veine-porte.

Il a été beaucoup question de ses vaisseaux lymphatiques, surtout depuis les travaux de MM. Tiedemann et Gmélin sur ses usages. Cependant ils sont peu nombreux en comparaison des veines, et plus apparens à la surface que dans l'intérieur.

Elle est pourvue de deux espèces de nerfs, dont les uns viennent du plexus cœliaque, les autres de la 8e paire; ils embrassent étroitement l'artère et l'accompagnent dans toutes ses ramifications.

Son volume varie, sa longueur moyenne est de quatre pouces et demi; son poids de huit onces; sa masse est à celle de tout le corps comme 1 à 200. (*Adelon.*)

§ II. — Mais si les questions relatives à sa structure sont résolues, il n'en est pas de même pour celles qui regardent son usage. Quelle diversité d'opinions à cet égard! Il n'est pas une seule fonction de l'économie avec laquelle on ne lui ait supposé des rapports. Organe de la mélancolie pour les uns, elle est pour les autres celui de l'hilarité (1); tantôt on y cherche le siége de l'ame sensitive, tantôt du sommeil, tantôt de l'amour; il en est par contre, qui lui refusent toute importance. L'énumération seule des hypothèses auxquelles elle a donné lieu excéderait les bornes de ce mémoire. On explique, au reste, assez facilement leur diversité, par la tendance de l'esprit humain aux conjectures, (ce dont plus loin je fournirai moi-même un nouvel exemple); et par la difficulté de faire des expériences directes sur un viscère aussi profondément situé, les phénomènes complexes et confus qui dérivent nécessairement de l'étendue des lésions dont elles sont accompagnées et le peu de constance dans leurs résultats entre les mains des plus habiles vivisecteurs; mais ce qui a lieu de surprendre, c'est qu'on ne soit même pas d'accord sur la question de savoir si le sang circule dans les cellules ou dans un système capillaire interposé entre les artères et les veines; s'il est différent du reste du sang ou si, dans l'état normal, il présente les mêmes qualités.

Sans oser prendre position dans une question aussi controversée, je me permettrai de dire qu'il est probable, d'après la conformité de sa structure avec celle des tissus dits érectiles, qu'il y existe une substance intermédiaire entre les vaisseaux afférens et efférens, à moins qu'on ne dise avec *M. Andral* (2), que *la rate n'est qu'un réseau veineux où la forme cellu-*

(1) *Splen ridere facis, cogit amare jecur.*
(2) *Précis d'anatomie pathologique*, t. II, p. 418.

leuse tend à remplacer la forme vasculaire. Cependant la structure fibreuse des cellules, tandis que les parois des canaux veineux sont formés de gélatine, paraît repousser cette ingénieuse conciliation, et l'analyse, faite par le célèbre *Vauquelin*, du sang contenu dans les cellules spléniques, y ayant fait reconnaître moins de fibrine et plus de gélatine et d'albumine que dans celui qui circule dans ses vaisseaux tant artériels que veineux, s'accommoderait mal également avec l'idée de leur abouchement immédiat. Il est vrai que, par contre, *Haighton* a soutenu contre *Hewson*, que le sang de la rate ne diffère pas du reste du sang veineux.

Quoi qu'il en soit, il me paraît possible de réduire à quatre chefs les opinions actuellement régnantes sur les fonctions.

D'après la première elle serait l'auxiliaire du foie dans la sécrétion de la bile, et aurait, relativement à lui, la même utilité que le poumon par rapport au cœur. Cette opinion, aussi formulée par le docteur *Schmid* (1), rentre à peu de chose près, dans celle de *Haller*, admise par MM. *Cuvier*, *Blumenbach*, *Sœmmering*, *Dumas*, *Haighton* et *Richerand*.

Une seconde, dont je crois *Boerhaave* l'auteur, que partageait *F. Hoffmann*, et qu'a reproduite de nos jours avec restrictions *Hewson*, la considère comme un organe accessoire pour la préparation et l'élaboration du sang.

D'après MM. *Tiédeman* et *Gmélin*, elle aurait des rapports directs avec l'appareil de la lymphose, sécréterait une lymphe coagulable que les lymphatiques conduiraient dans le canal thoracique, où elle servirait à assimiler le chyle, auquel elle donnerait la couleur rouge qu'il a dans ce conduit.

Selon une quatrième enfin, elle servirait à éloigner les inconvéniens qui résulteraient d'un trouble soudain dans le rapport existant entre la capacité et le contenu du système sanguin abdominal, serait un réservoir où refluerait le trop plein de sang dont l'arbre vasculaire sous-diaphragmatique serait surchargé, correspondrait ainsi *aux tubes de sûreté et aux soupapes dans plusieurs appareils chimiques et mécaniques et particulièrement au tube moyen de l'appareil de Woulf.* C'est la manière de voir du docteur *Hodgkin*, à qui j'emprunte la comparaison. Long-temps avant le médecin anglais, le professeur Broussais avait fait imprimer une opinion analogue, mais cependant essentiellement différente, comme nous allons le voir.

Il est possible qu'il y ait quelque chose de vrai dans chacune d'elles, mais il n'est pas probable que l'une ou l'autre le contienne en entier et exclusivement; fondées sur des présomptions plus ou moins vraisemblables, elles sont toutes dénuées de preuves. Il me répugnerait d'ailleurs de ne voir attribuer à la rate qu'une seule fonction, tandis qu'elle reçoit deux ordres de nerfs. Ne résulte-t-il pas, en effet, des belles recherches de sir *Ch. Bell* que tout organe humain pourvu de nerfs provenant d'origine diverse, est chargé de plus d'une fonction, que même le nombre de celles-ci est toujours proportionné à celui des nerfs qui s'y ramifient.

Jetons un rapide coup d'œil sur chacune de ces théories.

Et quant à la première opinion, à laquelle les liens anatomiques par lesquels le foie, la rate, l'estomac et le pancréas sont unis, donnent quelque probabilité, on n'a aucun fait concluant à alléguer en sa faveur. D'une part l'existence du foie ne suppose pas celle de la rate, puisque les mollusques et les crustacés ont une espèce de foie, tandis qu'aucun invertébré n'est pourvu de rate; de l'autre, il est reconnu par *Haighton* lui-même, que l'extirpation de ce dernier viscère n'apporte aucun changement sensible ni dans la qualité ni dans la quantité de la bile (*Hodgkin*). De plus, la compression supposée faite par l'estomac distendu par les alimens sur la rate, et détournant à son profit et celui du pancréas, le sang qui se serait porté à celle-là, le ventricule étant vide, d'où résulterait un surcroît de sécrétion des sucs gastrique et pancréatique, à l'époque précisément où ces deux humeurs sont le plus nécessaires, est sans doute une conception séduisante, mais qui ne peut pas soutenir l'épreuve des faits. En effet, la rate n'a pas de connexion directe avec l'estomac chez les ruminans, où cependant la digestion se fait aussi bien que chez les carnassiers. Et en admettant, comme démontré, ce reflux du sang de

(1) *Dissertatio de pathologia lienis.* Gottinguæ 1816.

la rate vers l'estomac, il serait plus propre, suivant l'observation du docteur *Hodgkin*, à produire le vomissement du sang qu'à activer la sécrétion de la bile ou du suc pancréatique.

La seconde opinion, savoir *que la rate est un organe accessoire pour l'élaboration et la préparation du sang* est appuyée :

1° Sur ce qu'il n'y a aucun animal muni d'un poumon ou organe analogue qui ne porte une rate. Chez les fœtus des mammifères, où le foie est si gros comparativement aux autres viscères, la rate est à peine apercevable; elle est aux autres parties du corps dans les mêmes rapports que les poumons; affaissée et inactive aussi long-temps que ceux-ci n'admettent pas l'air, elle entre en action dès que la respiration s'établit, ainsi que le témoigne son rapide accroissement après la naissance.

2° Rien n'est plus commun que la complication de ses maladies avec celles du cœur et des poumons.

3° Dans les maladies caractérisées par une altération profonde du sang, les typhus, le scorbut et autres, où les ecchymoses, les pétéchies, les vibices, les escarres gangréneuses sont des accidens si communs, elle est constamment attaquée, souvent désorganisée, convertie en une bouillie sanglante ou putrilagineuse. Mais on lui oppose des expériences répétées d'ablation de la rate sans lésion subséquente de l'hématose.

La troisième, celle qui l'envisage comme un ganglion lymphatique, invoque en sa faveur d'abord ce fait d'anatomie comparée, qu'elle n'existe que chez les seuls animaux pourvus de canal thoracique : ensuite les expériences multipliées faites avec cette habileté, cette attention et cette conscience qui caractérisent celles de MM. *Tiédemann* et *Gmélin* et d'où résulterait que chez les animaux auxquels on l'a extirpée, le chyle est moins rougeâtre et moins coagulable; mais elle est au moins vivement ébranlée par les travaux et les expériences des docteurs *Seiler* et *Ficinus* (1), d'où ils concluent que *les faits avancés par les professeurs de Heidelberg ne sont pas tellement avérés qu'on puisse les considérer comme les principaux fondemens d'une nouvelle théorie des fonctions de la rate.*

De nombreuses raisons militent, je le sais, en faveur de la quatrième opinion, suivant laquelle elle est un *diverticulum*, et elle est soutenue par plusieurs faits et de respectables autorités. Cependant quand on réfléchit que la structure de la rate est celle des tissus érectiles, qui ne se gonflent que par la stimulation et se flétrissent dans son absence; qu'elle ne se tuméfie pas uniformément dans toutes ses parties; que ce n'est pas à la scissure d'où part la veine, que la distension est la plus remarquable, on aura de la peine à l'admettre sans réserve.

On a prétendu, à la vérité, que le corps caverneux de la verge éprouve parfois de ces engorgemens mécaniques par le brusque refoulement du sang veineux dans son intérieur : on a cité, en exemple, son érection pendant l'asphyxie par suspension; mais remarquez bien que ce n'est pas au redressement seul que se borne le phénomène, qu'il est accompagné d'émission de semence, et je doute que l'explication vous satisfasse pleinement. La suivante me semble plus conforme aux lois de la physiologie. D'après elle cet ensemble de symptômes (érection et éjaculation) dépendraient de la stimulation excitée à l'instant de la strangulation par le sang refoulé dans le cervelet, organe de l'instinct de la reproduction, et vivement renvoyée par lui aux organes génitaux. Il y a onze ans environ que nous avons essayé quelques expériences sur les animaux afin de parvenir à la solution du problème; nous avons pendu des chiens et des chats, les uns sans, les autres avec section préalable de la moelle épinière, et il nous a paru que chez ces derniers (ceux où avant la strangulation la moëlle avait été coupée) l'érection n'avait pas lieu. Je suis loin cependant de vouloir déduire des conséquences générales d'un petit nombre d'expériences faites par des mains peu exercées aux vivisections, frappées d'hésitation par les cris et les convulsions de leurs victimes, et n'ayant pas assez d'occasion ni de résolution pour les recommencer.

Mais les objections qu'on vient de lire contre la théorie, qui considère la rate comme un réservoir destiné à recueillir le sang exubérant dans l'abdomen, ne sont nullement applicables

(1) Journal complémentaire du *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XIXe, p. 145 et suiv.

à la manière dont illustre Broussais explique le mécanisme de son action. En effet, tout en lui donnant la destination de fournir dans ses nombreux capillaires un refuge au sang qui est chassé dans les organes sous-diaphragmatiques, et de servir de depôt au veineux jusqu'à ce que le cœur puisse lui livrer passage ; il ne l'a nullement envisagée comme un corps inerte, une espèce de machine tubulée dilatable, ou une vessie à compartimens élastiques, dont les branches ou cellules se laissent distendre par le liquide qui y reflue; il la considère comme recevant par l'accélération des mouvemens circulatoires centrifuges plus de sang que les centripètes ne peuvent en reprendre et lui servant de réservoir jusqu'à ce que l'équilibre soit rétabli.

Cependant, il faut bien le dire, quelque sagace que soit cette conception, quelque conforme aux lois biologiques, elle n'emporte pas avec elle la conviction; non-seulement parce qu'elle n'est pas suffisamment démontrée, mais encore qu'elle borne à une seule les fonctions de la rate.

§ III.— Ces données anatomo-physiologiques une fois établies abordons la question même.

Préoccupés de l'idée que la rate est, dans l'état de santé, un réservoir où le sang séjourne hors du temps de la digestion pour se transporter ensuite, durant cette dernière, au foie et y servir à la sécrétion de la bile, ou de poche celluleuse pour recevoir le trop plein des vaisseaux sanguins de l'abdomen, les pathologistes ont assez généralement attribué les tumeurs spléniques consécutives aux fièvres intermittentes à des congestions veineuses, des engorgemens atoniques des cellules, dont la force de contractilité est vaincue par le sang qui, à chaque accès, y est repoussé; pour eux ce gâteau de fièvre est produit par une distension purement mécanique, et représente un état tout-à-fait opposé à celui d'irritation. Cette entente du phénomène serait-elle exacte? existerait-il dans l'économie un viscère qui, soustrait par exception à la règle générale, se laisserait alternativement remplir et épuiser de sang sans que sa vitalité fût altérée, sans qu'aucune réaction y fut excitée? Je ne saurais le croire, et sans revenir sur les considérations émises plus haut à l'occasion de la discussion sur ses usages, je demanderai seulement si ces endurcissemens, ces ossifications, ces suppurations, ces ramollissemens, ces métamorphoses en matière noire et pultacée, ces adhérences aux parties voisines et autres changemens dont les splénocèles sont le plus fréquemment accompagnés, peuvent tous être attribués à une simple stase du sang, si cette explication va à tous les cas qu'elle devrait embrasser?

Il y a plus. Partant du principe que les engorgemens de la rate, à la suite des fièvres intermittentes, sont dues à la surabondance du sang accumulé dans la veine-porte, ils devraient être toujours et partout accompagnés de celui du foie, où cette veine se dégorge, et dont la rate ne serait qu'un auxiliaire, et cependant cela n'est pas. Quelquefois, le volume du foie étant accru, celui de la rate l'est aussi; d'autres fois celui-ci est resté normal; il n'est pas rare de le voir diminué. On sait que cette dernière circonstance s'était si souvent offerte à Morgagni (*Epistola XXXVI*, § 20), qu'il l'avait érigée en règle et s'était attaché à en fournir l'explication (1).

En y regardant bien, je suis même tenté de dire que, dans l'hypothèse que je combats, il ne peut y avoir de tumeur splénique sans engorgement préalable du foie. En effet, les instrumens de la circulation centripète sont tellement gros et nombreux dans la rate, (au moins trois veines pour une seule artère), qu'à moins d'obstacle au cours du sang dans la veine-porte, où il verse le sien, son système veineux ne peut jamais s'engouer ni devenir le siége d'une congestion passive.

Je suis loin de nier qu'il est des gonflemens de la rate ayant pour cause la gêne de la circulation; il est trop commun d'en rencontrer chez les personnes affectées de maladies du cœur

(1) Dans les observations relatives aux maladies du foie dans la *Clinique médicale* de M. le professeur *Andral*, t. IV, il en est plusieurs où il n'est pas fait mention de la rate, ce qui doit faire supposer qu'elle ne présentait rien d'insolite ; dans d'autres où il en est question, on la voit tantôt sans changement de volume, tantôt augmentée, tantôt diminuée, l'état du foie, sous le rapport de l'engorgement et de la tuméfaction, étant le même. Sur cent quatre-vingt-sept cas de dégénérescence du foie rapportés par *Lieutaud*, dans son *Anatomie médicale*, t. I, on ne trouve en tout que vingt-trois fois des complications de maladies de la rate.

pour qu'il ne s'en soit pas offert dans ma pratique, mais je les ai toujours vus accompagnés ou précédés par d'autres symptômes de congestion de la veine-cave inférieure (1). On aurait tort de croire cependant que les désordres spléniques observables en pareil cas, se bornent à de simples engorgemens.

Ce refoulement du sang de la périphérie vers les viscères pendant le frisson fébrile fait image et pénètre dans l'esprit par les yeux. On croit voir le sang balayé a grands coups de l'extérieur du corps venir s'engouffrer dans la rate dont, pour cet effet, les vacuoles sont là béantes et passives, prêtes à recevoir tout ce qui y sera versé. On oublie ce principe fondamental de physiologie, qu'il n'y a dans les corps doués de vie de changement d'état possible sans modification préalable de l'excitabilité; que ce qui frappe nos sens dans leurs actes, ce qu'ils nous offrent de physique ou chimique, etc., est subordonné à un fait dynamique concomitant (et que par la pensée nous devons concevoir antérieur, quoique nos sens ne puissent apercevoir la succession des phénomènes), savoir la réaction de la matière animée sur le stimulus appliqué (2). Qu'ainsi, par exemple, la crispation de la peau, l'abaissement

(1) Dans les accumulations humorales consécutives à un obstacle au cours du sang dans l'un ou l'autre des départemens du système veineux, voit-on le sang s'extravaser? Dans ces énormes hydropisies, nées de l'oblitération de la veine cave inférieure, la verge et le clitoris au lieu d'être injectés et tendus, sont flasques, flétris, retirés, comme enfouis au milieu des replis que forme autour d'eux un tissu cellulaire gorgé de sérum.

(2) Le docteur *Hahnemann* et son école ont eu le talent de faire de cette vérité ce qu'ils ont fait de beaucoup d'autres quand ils ont voulu les exploiter à leur bénéfice. En la forçant à se plier à leur système, ils l'ont faussée et rendue méconnaissable. Voyez les § LIX et suiv. de *l'organon de l'art de guérir*. Prétendre séparer la réaction excitée dans l'organisme vivant par un modificateur, du changement qui s'ensuit dans sa manière d'être, mettre aux prises une prétendue *force médicinale* avec la *force vitale*, faire triompher la première pour enfanter un *effet secondaire* ou *de réaction*, après les avoir représentées comme étant en bonne intelligence et agissant de commun accord pour enfanter un *effet primitif*, c'est jeter de la confusion au lieu d'établir des distinctions utiles, mettre des argutics à la place du raisonnement et les jeux d'une imagination malade à celle des faits.

Pour justifier ce jugement, je ne veux qu'analyser les exemples cités par *Hahnemann* à l'appui du sien. *Une main*, dit-il, *qu'on a tenue plongée dans l'eau chaude a bien plus de chaleur d'abord que celle qui n'a pas subi l'immersion* (*effet primitif*), *mais quelque temps après avoir été retirée de l'eau et bien essuyée, elle se refroidit et devient enfin plus froide que celle du côté opposé* (*effet secondaire*). Pour être exact et parler un langage physiologique, il faudrait dire, je pense, que la stimulation exercée sur la peau de la main par la chaleur de l'eau, y a appelé une grande quantité de sang, activé la circulation capillaire et déterminé par conséquent une augmentation de température, phénomènes qui sont toujours dans un rapport direct, tandis que la même surface, retirée de l'eau, a dû perdre promptement son calorique, en raison composée de la quantité nécessaire pour se mettre en équilibre avec l'air ambiant et la somme employée pour vaporiser l'eau dont l'épiderme reste imbibé malgré l'acte d'essuyer, ce qui a mis un terme à la sollicitation faite au mouvement centrifuge, ralenti la circulation capillaire et abaissé la température. Faisant abstraction des lois de la vie, on pourrait n'y voir que des faits purement chimiques, produits, le premier, par l'absorption du calorique de l'eau, le second, par la brusque restitution de ce fluide aux corps environnans. De toute manière, il y a deux facteurs en jeu qui ont chacun exercé une action propre et indépendante et, s'il y a des rapports entre eux, ils sont de succession et nullement de causalité.

Je passe au second exemple où il est dit: *la grande chaleur qui provient d'un exercice violent* (*effet primitif*) *est suivie de frisson et de froid* (*effets secondaires*); ma réponse est dans ce qu'on vient de lire. Pour être vrai, *Hahnemann* aurait dû ajouter, qu'en se couvrant convenablement et s'abritant du froid, on pouvait se garantir du frisson, qu'ainsi pour que les deux effets se produisissent, il fallait deux agens.

Quant à l'exemple *du bras resté long-temps dans l'eau à la glace et devenu d'abord bien plus pâle et bien plus froid que l'autre* (*effet primitif*), mais qui RETIRÉ DE L'EAU ET ESSUYÉ AVEC SOIN, *deviendra non-seulement plus chaud que l'autre, mais même brûlant, rouge et enflammé* (*effet secondaire*), il faut avoir l'esprit obsédé d'une idée fixe ou compter sur une grande complaisance de la part de ses lecteurs pour en attendre du succès. En effet, il suffit de savoir lire pour reconnaître que, s'il faut retirer le membre de l'eau glacée, l'essuyer avec soin, pour que la main se réchauffe, ce n'est pas le froid que produit l'*effet secondaire*, puisque pour l'obtenir il faut renoncer à son action, et qu'ici derechef il y a deux facteurs agissant successivement pour produire le double phénomène observé. Voyez-vous où est le vice? C'est qu'on a revêtu de corps de formes et de puissance, une pure abstraction, un attribut de toute matière vivante, n'ayant aucune existence par lui-même, savoir la faculté de réagir contre une stimulatiou; qu'on l'a envisagée en masse, tandis qu'elle s'exerce par parties et supposée également modifiée partout, tandis qu'elle ne l'est jamais et se comporte, suivant l'expression pittoresque de Cabanis, comme un liquide d'une quantité déterminée, ne pouvant affluer d'un côté sans diminuer proportionnellement d'un autre.

Et pour faire l'application de ceci à la manière d'agir du froid, je dirai que la soustraction du calorique a pour *effet primitif* sur le système nerveux ganglionnaire de ralentir son action et de diminuer en conséquence l'activité des fonctions auxquelles il préside, circulation, sécrétions, nutrition; et pour *effet* également *primtif* sur le système nerveux sensitif, de le stimuler, de provoquer énergiquement sa réaction, manifestée souvent par de violentes

de sa température, le redressement de ses poils, la suspension de ses sécrétions dans la première période des fièvres d'accès, est l'effet de la sédation de l'excitabilité de son système vasculaire et non d'un resserrement mécanique que le froid exercerait sur elle. Le froid lui-même est effet et non cause. Parce qu'on voit les corps privés de vie augmenter d'intensité par la privation du calorique, on en a conclu que les choses se passent de même dans les corps vivans; qu'en vertu de la contraction des vaisseaux périphériques le sang est repoussé vers l'intérieur, tandis qu'en effet c'est pour ne plus être appelé vers la peau, pour être sollicité à rentrer dans l'intérieur par la stimulation viscérale qu'il se porte en dedans. C'est là la cause vitale du fait, qui, par cela même qu'elle est vitale, diffère de toutes les autres et ne peut s'étudier ni dans les laboratoires de chimie ni dans les cabinets de physique. *Ubi stimulus, ibi affluxus;* c'est une loi physiologique à laquelle il n'est pas d'exception, et par contre, partout où la stimulation est en défaut, l'afflux diminue (1). Voyez ce qui se passe dans la période de réaction de ces mêmes fièvres : avant que la turgescence de la peau ait annoncé la rentrée des liquides dans son réseau muqueux, la chaleur commence déjà à y renaître. L'excès de vie que la surabondance de sang entretenait dans l'intérieur a déterminé un mouvement excentrique auquel préside le système nerveux des ganglions dont les racines sont mêlées à la trame des viscères et les rameaux fondus dans celle des vaisseaux artériels.

Et la rate seule, faisant exception à cette loi, serait là éponge inerte, tantôt tumide, tantôt affaissée, alternativement gorgée ou vide, d'après que coulerait dans ces cellules ou hors d'elles, le sang qu'elle doit tenir en réserve à l'usage du foie? Quoi! lorsque tous les tissus érectiles ne se dressent, se gonflent et se tendent qu'autant qu'ils sont stimulés, la rate, dont la structure est la même, subirait la condition des matières mortes? Est-ce la stase passive du sang qui fait ériger la verge, dresser le clitoris, durcir le mamelon, contracter l'iris? Pourquoi en serait-il autrement de la rate?

Non, si elle grossit et se tend dans les fièvres intermittentes, c'est en vertu des mêmes lois, c'est qu'elle appelle dans son sein par suite d'une stimulation, plus de sang qu'elle ne peut en dégorger. Qu'on examine avec soin de quelle manière se comporte dans une fièvre intermittente une tumeur splénique; pâteuse et indolore durant l'intermittence, elle se tend et durcit à mesure que la concentration viscérale s'opère, mais n'acquiert que pendant l'éner-

douleurs, par d'atroces convulsions, lorsque l'action du froid est prolongé ou intense, et d'épuiser rapidement son excitabilité.

C'est à la différence avec laquelle le froid agit sur la force dynamique de ces deux portions de matière animée qu'est due celle des phénomènes si variés, et en apparence si contradictoires, qui suivent son application.

Sans doute la pléthore viscérale qui suit son action quand il frappe sur une surface très-étendue du corps ou opère avec promptitude, n'est pas étrangère à la réaction, mais ce n'est pas contre le froid que s'insurge la force vitale des viscères, c'est sur l'excitation portée dans leur intérieur par la surabondance du sang.

Ce n'est pas moins un *effet consécutif* à l'application du froid, dira-t-on; mais qui est-ce qui le nie? qui serait assez insensé pour contester l'enchaînement des phénomènes dans l'organisme vivant où tout se tient, tout se lie.

Ce que l'on ne peut admettre, c'est cette nécessité de connexion, cette indissolubilité de dépendance que prêche l'école de Hahnemann pour y fonder l'autocratisme de sa *force médicinale*. Et nous soutenons, appuyés sur l'expérience, qu'il n'y a rien d'absolu dans les effets d'aucun agent, pas plus hygiénique que thérapeutique; que les *primitifs* comme les *secondaires* varient d'un moment à l'autre en raison de la somme de vie dont sont animés les organes sur lesquels ils s'exercent, du plus ou moins de force de réaction dont ils jouissent au moment de l'application, et que cette somme de forces reçoit d'innombrables modifications de l'âge, du sexe, du tempérament, de l'idiosyncrasie, du sommeil, de la veille, des alimens, des sensations, des affections de l'ame, etc., etc.; de deux hommes, également bien portans, l'un est agité par le café et ne peut trouver le sommeil, l'autre ne peut dormir s'il n'en a pris : un grain d'opium est administré à trois individus sains, l'un est frappé d'un sommeil lourd et assommant, l'autre bercé des plus voluptueux rêves, un troisième agité de convulsions; il n'y a, rigoureusement parlant, ni purgatifs, ni émétiques, ni diurétiques, ni emménagogues, ni toniques, ni débilitans, et ce n'est pas d'après la classe, où les médicamens figurent dans les livres de pharmacologie, beaucoup moins d'après les résultats dont leur administration a été suivie chez un homme en bonne santé, mais uniquement d'après l'état dynamique des organes malades, tel qu'il est révélé à notre esprit par la comparaison des symptômes et des causes, qu'il faut faire le choix des moyens curatifs. Si l'on me demandait maintenant comment dans la Belgique, qui, pendant tant d'années déjà jouit des bienfaits de la médecine physiologique, la doctrine homœopathique a pu prendre faveur, ma réponse serait facile, mais j'aime mieux ne pas la faire.

(1) Voyez la note précédente.

gie de la réaction vasculaire, quand les mouvemens d'expansion sont en pleine activité, son maximum de gonflement, de résistance et de sensibilité.

Faut-il en conclure que toutes les fièvres intermittentes sont des *splénites*? Non sans doute, si toute inflammation a pour un de ses élémens, une des conditions de son existence la *congestion active*, toute *congestion active* n'est pas pour cela une *inflammation*.

Cependant combien de fois n'arrive-t-il pas qu'à l'apparition de ces tumeurs elles sont accompagnées dans les fièvres d'accès par les symptômes caractéristiques des splénites; combien d'autres montent-elles au degré de la phlegmasie pendant leur durée; combien d'autres enfin viennent-elles déposer à l'amphithéâtre, par les désordres dont elles sont accompagnées, de leur nature inflammatoire!

Lorsque l'irritation est passagère, la surexcitation vasculaire fugace, elle se dissipe promptement, la cause cessante, le gonflement n'est souvent pas appréciable; quand elle est plus forte ou plus prolongée, le sang pénètre avec toutes ses parties constituantes dans les aréoles, qu'elle distend, échauffe, irrite; alors l'organe déborde les fausses côtes, descend à différens niveaux, devient douloureux à la pression.

Jusques-là cependant la congestion peut aisément se résoudre : dès que la cause irritante et la surexcitation vasculaire qui en est l'effet, cessent d'exister, les organes de l'absorption, qui y sont si nombreux et si puissans, reprennent promptement le trop plein : la substance fibreuse qui entre en si grande majorité dans sa composition, seconde l'absorption par sa rétractilité, et si déjà la rate ne revient pas à ses dimensions primitives, elle diminue de volume, échange sa tension contre de la mollesse et perd sa sensibilité; mais la congestion a-t-elle été forte ou prolongée, le sang s'est-il, franchissant ou rompant sa barrière naturelle, infiltré dans les interstices du tissu, l'afflux s'est-il fait avec assez de violence ou de rapidité pour suspendre l'action de l'organe, la trame a-t-elle été attaquée, sa nutrition altérée, alors un retour complet à l'état normal paraît devenir impossible; il est survenu des ramollissemens, des métamorphoses diverses, tantôt de l'organe entier, plus souvent d'une ou de plusieurs de ces divisions; quelquefois il est frappé de gangrène, d'autres fois il se rompt et la mort s'en suit (1).

Essayez sur une rate, que la fièvre intermittente a tuméfiée, de la dépouiller de son sang par le lavage ou de l'insuffler d'air; l'impossibilité que vous trouverez à y parvenir vous fera aisément comprendre qu'il y existe autre chose qu'un simple engorgement, une simple distension veineuse mécaniquement opérée par du sang refoulé.

§ IV. Supposant admise la proposition établissant l'activité de la congestion dans les tumeurs spléniques accompagnant les fièvres intermittentes, il se présente une autre question à examiner. Cette fluxion est-elle idiopathique, indépendante de celle des autres viscères, ou doit-elle être considérée comme sympathique, née à l'occasion d'une irritation fixée ailleurs?

Loin de moi la prétention de la résoudre par voie expérimentale, elle offre des difficultés que, dans l'état actuel de la science, je crois insurmontables. D'une part, les maladies de la rate, à l'exception des seules tumeurs qui nous occupent, sont rarement isolées, elles s'accompagnent ordinairement de celles d'autres organes; de l'autre, c'est par le dérangement des fonctions de l'un ou de l'autre organe, consistant en une lésion de leur sensibilité ou de leur irritabilité que nous sommes avertis de l'existence d'une maladie; or, comme nous l'avons vu en commençant, on en est encore aux conjectures sur les fonctions de la rate, et dans toutes celles qu'on lui suppose, elle n'est généralement considérée que comme en sous-ordre, un simple auxiliaire. Sur quelles bases, d'après cela, fonder un diagnostic différentiel? M. le professeur Broussais, en traitant des maladies du foie, a rendu fort vraisemblable que, hors les cas de lésion extérieure, cet important viscère n'en est jamais atteint que secondairement. Tout ce qu'il fait valoir en faveur de son opinion augmente encore de force si on en fait l'application à la rate.

Ne pouvant donc parvenir directement par l'observation à la solution du problème que nous

(1) J'ai publié un fait de rupture d'une rate ramollie, *Journal complémentaire*, t. XXXVI, p. 400.

venons de nous proposer, essayons de l'induction. Le lecteur applaudira à mes efforts, j'espère, en tant qu'ils ne sont dictés que par l'amour de la science.

Avant d'entrer plus avant dans la discussion, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur les liens qui unissent la rate au *cœur* et aux *poumons*, liens qui nous sont révélés par la fréquence de la simultanéité de leurs affections morbides.

Le docteur *Kreisig*, de Dresde, qui a écrit un traité *ex professo*, sur les maladies du cœur, déclare les avoir souvent vues accompagnées de celles de la rate (1). Se livrant à la recherche des causes de cette coïncidence, il place le dernier de ces viscères dans un état de subordination ou de dépendance complète, et attribue ses maladies chez des personnes en proie à celles du cœur, au trouble de la respiration produit par les affections cardiaques, et déterminant des congestions dans la veine cave inférieure. Mais (sans vouloir prétendre contester l'exactitude de cette étiologie pour un certain nombre de cas) elle est évidemment trop étroite et inapplicable à tous, 1° parce que les altérations spléniques, compliquant les maladies du cœur, ne se bornent pas toujours à l'accroissement de son volume, ce qui devrait être si elles dépendaient toujours du refoulement du sang. 2° Que les affections du cœur gauche s'accompagnent aussi bien que celles du cœur droit d'altération de texture de la rate, ainsi que *Kreisig* lui-même en fournit des exemples (2). 3° Qu'il résulte de plusieurs observations consignées dans son ouvrage et de beaucoup d'autres rapportées par *Testa*, qui pratiquait en Italie, où les affections cardiaques sont fort communes, que ces dernières naissent souvent à l'occasion de celles de la rate, sans que ce viscère ait acquis plus de volume et que son développement puisse par conséquent être considéré comme ayant *mécaniquement* troublé les fonctions du cœur. M. le professeur *Alibert* pense que cette simultanéité trouve une interprétation plus rationnelle dans l'union anatomique qui existe entre les deux viscères par l'intermédiaire du nerf vague, qui partage, à son avis, avec le grand sympathique la faculté de produire des sympathies (3). Sans nier l'importance de cette connexion, nous ne pensons pas qu'on doive, dans l'espèce, lui assigner le rôle dont l'investit ce célèbre médecin, par la raison que le foie et l'estomac, qui reçoivent indubitablement plus de filets des nerfs de la huitième paire que la rate, ne s'affectent pas aussi communément que celle-ci à l'occasion des maladies du cœur. Je pense plutôt que c'est en sa qualité d'agent accessoire de la circulation, destiné par la nature à parer aux funestes inconvéniens qui seraient résultés d'une interruption dans cette fonction vitale, soit par son trop, soit par son trop peu d'activité, qu'il est lié au *cœur* et aux *poumons*, par des rapports si étroits, rapports que l'état de santé ne met pas suffisamment en relief, mais dont la pathologie fait ressortir toute l'étendue et toute l'activité.

Remarquez bien que cette opinion une fois admise, vous avez une explication toute naturelle de ses tuméfactions à la suite des fièvres intermittentes, telle même qu'*à priori* leur apparition puisse être démontrée inévitable.

En effet, pendant un accès de fièvre, la vie concentrée d'abord à l'intérieur, y accumule le sang dans les organes parenchymateux, parmi lesquels les respiratoires tiennent le premier rang; les sécrétions cutanées et pulmonaires sont suspendues, ce qui accroît la masse des liquides dans les viscères et engorge les poumons. Le cœur cherche vainement par des contractions rapprochées et en quelque sorte convulsives à chasser le sang qui lui est versé et s'irrite de la résistance qu'il rencontre partout; l'orgasme fébrile augmente, la circulation s'accélère, grandit, mais le spasme ne se relâche pas; le malaise que le cœur en éprouve et les efforts infructueux auxquels il se livre, augmentent l'irritation dans son sein; ce sont les cavités droites surtout qui souffrent, le sang leur arrive par flots et la congestion des poumons ne leur permet pas de s'en débarrasser, cette irritation du cœur ne peut rester bornée à lui-même, elle descend le long des vaisseaux; où pensez-vous qu'elle doive retentir plutôt que dans la rate, unie à lui par des liens de synergie pour l'accomplissement de la même fonction? Ne voit-on pas toujours et partout, les organes composant un même appareil être liés par les

(1) *Die Krankheiten des hezzes*, t. I, p. 367.
(2) Ibid., t. III, p. 44.
(3) Nosographie naturelle, p. 178.

rapports sympathiques les plus étroits et l'état maladif qui éclate dans l'un d'eux s'étendre promptement à tous les autres? Aussi c'est là qu'elle se répète et se fixe, et son premier effet est de la congester. Réfléchissez maintenant à la grosseur de l'artère splénique, au peu de distance où elle est placée du cœur, calculez combien de sang les contractions répétées de ce viscère doivent y faire entrer, quelle stimulation cette grande quantité de sang artériel a dû y porter et vous reconnaîtrez de suite une seconde cause d'irritation. Dites-moi d'après cela si l'érection morbide de son tissu n'était pas inévitable, si sa tuméfaction, sa tension, sa sensibilité, sa chaleur pouvaient ne pas y exister? Répétez maintenant ces mêmes faits, rallumez-y à de courts intervalles la même irritation et n'aurez-vous pas une cause plus que suffisante de son inflammation et des nombreuses métamorphoses, des dégénérescences profondes dont, après les fièvres intermittentes, elle est si souvent le théâtre?

Sera-t-il nécessaire d'ajouter que la congestion y est d'autant plus prompte et plus durable qu'elle n'est en totalité qu'un lacis vasculaire sanguin dépourvu de toute fonction sécrétoire, ne s'ouvrant sur aucune surface où elle pourrait se dégorger.

On trouve dans le cahier de juillet 1832, des *Archives de médecine*, article *Revue des journaux*, un travail fort intéressant de M. le docteur *Hachmann*, de Hambourg, sur le *ramollissement de la rate* ou *spléno-malaxie*, contenant l'histoire d'une épidémie de fièvre intermittente, observée dans le nord de l'Allemagne, et caractérisée par la fréquence du ramollissement ou de l'hypertrophie de la rate. On voit avec plaisir le docteur *Dohrn* ne pas méconnaître la nature de la modification organique, cause de ces désordres, et qualifier la maladie de *splénite*. Lorsqu'on étudiera parmi nous avec plus d'attention les affections spléniques, compagnes des fièvres d'accès, on n'hésitera pas, j'en suis persuadé, à y reconnaître souvent le même caractère et à en désigner plusieurs par le même nom. Dans notre hôpital au moins l'occasion s'en présente souvent.

Voilà pour les sympathies directes entre le cœur et la rate: s'exerçant par l'intermédiaire des vaisseaux, elles sont du domaine du grand sympathique; mais la huitième paire aussi fournit des filets à la rate, et leur présence a sans doute un but. Quel peut-il être?— Je vais hasarder une conjecture sur ce point. Ne serait-ce pas afin d'établir avec les poumons ces connexions étroites, dont l'état pathologique nous découvre l'existence et à l'aide desquelles la rate concourrait à l'acte de l'hématose, fonction à laquelle plusieurs considérations présentées dans la partie physiologique de ce travail me portent à croire qu'elle est appelée à jouer un rôle, soit *directement*, ainsi que le professait *Boërhave*, soit *indirectement*, comme le soutiennent MM. *Tiédemann* et *Gmélin*, et qu'elle pourrait remplir sans préjudice de celle de servir de refuge au sang surabondant dans l'abdomen. Nous avons déjà fait observer combien sont fréquentes et profondes les altérations de sa structure dans les maladies caractérisées par la dyscrasie des humeurs. Les fièvres intermittentes nous en fournissent un nouvel exemple. Quel est le médecin qui ne connaisse le blémissement du teint, la bouffissure de la face, l'empâtement du tissu cellulaire, la tendance à toutes les espèces d'hydropisies dont elles sont accompagnées ou suivies, et qui y annoncent une altération de la masse du sang, une dissociation de ses molécules constituantes. En vain le chimiste y démontrera-t-il par ses savantes analyses l'existence des mêmes principes que contient celui d'un homme en santé. La présence dans le sang de certaines parties intégrantes dans des proportions données ne suffit pas à sa perfection, il faut de plus leur mixtion intime, leur combinaison par l'action de la vie. L'inspection seule de celui d'un cholérique vous dit qu'il est altéré. Pensez-vous que cette altération soit bien expliquée par l'absence de quelques atômes de sels ou de quelques gouttes de sérum? Or, c'est à déterminer cette discrasie dans les fièvres intermittentes que je pense pouvoir faire contribuer le trouble des fonctions de la rate.

Il serait difficile pour le médecin de ne pas apercevoir les rapports existans entre le splénocèle et l'altération des humeurs, puisque le teint est d'autant plus mauvais que la rate est plus volumineuse et plus profondément désorganisée, tandis qu'il s'améliore du jour où la tumeur diminue. Attribuer cette amélioration à la guérison de la fièvre seule, c'est oublier que si, après son enlèvement, la tumeur splénique survit, comme il arrive fréquemment, le teint conserve sa couleur blême et terne. Vouloir expliquer alors cette circonstance par la

présence d'une phlogose quelconque, autre que celle de la rate, qui, après la guérison de la fièvre, se prolongerait sous forme latente, c'est avancer une supposition toute gratuite, car, s'il est vrai qu'à la suite des pyrexies périodiques, les phlegmasies viscérales chroniques sont communes; il est vrai aussi qu'elles sont toujours reconnaissables aux symptômes de dérangement fonctionnel des organes envahis, qu'elles sont loin d'exister toujours et que rien ne légitime l'admission de la présence d'une maladie quand elle n'est pas révélée par des signes.

Quoi qu'il en soit, au reste, de la théorie que je viens d'esquisser et à laquelle je n'attache pas plus de valeur qu'elle ne mérite, il n'est pas moins vrai que, dans toutes les fièvres intermittentes, tant celles où, pendant l'accès, la souffrance de l'un ou de l'autre des organes annonce sa lésion, que celles où le seul dérangement sensible est celui du système vasculaire, la rate est morbidement affectée et qu'elle conserve encore long-temps après une telle irritabilité que la plus légère stimulation y appelle incontinent des congestions nouvelles. J'ai sous les yeux bon nombre d'individus guéris de fièvres intermittentes des *polders* et des splénocèles dont elles étaient accompagnées. On sait de combien de stratagèmes usent nos convalescens dans les hôpitaux, pour nous dérober la connaissance de leurs rechûtes, dans la crainte qu'elles ne leur fassent retrancher une partie de leurs alimens, mais ici ils seraient en pure perte car au retour du premier accès, la rate, rentrée dans ses limites, se gonfle et déborde de réchef les côtes.

§ V.— Ne voudra-t-on voir dans tout ce qui précède qu'une simple discussion théorique sans application possible à l'art et par conséquent plutôt oiseuse qu'utile? Je pense le contraire, car c'est sur une juste appréciation de la nature et des causes du mal que repose toute médication rationnelle, et rien n'est plus étonnant que de voir de nos jours une secte médicale, dont les prétentions ne vont à rien moins qu'à changer en entier la face de l'art de guérir, à déshériter le passé de toute sa gloire en attribuant ses succès au hasard seulement, et à fixer l'ère de la certitude en médecine du jour de son apparition, de voir, dis-je, cette secte mépriser l'étude des causes pour se jeter dans la contemplation exclusive des symptômes et la proclamer guide unique et infaillible dans le traitement (1); or, si la cause de la tuméfaction de la rate est dans la congestion qui s'y forme pendant chaque accès, si cette congestion est de nature irritative, les deux indications qui en découlent nécessairement, c'est de s'opposer par les moyens appropriés à leur retour, afin de prévenir une congestion nouvelle et de combattre par les traitemens ab-irritans les accidens locaux auxquels elle peut donner lieu. Et ce sont en effet ces moyens dont la pratique de tous les jours proclame l'excellence et démontre la supériorité. Il fut un temps où, sous le nom de *gâteaux de fièvre*, ces tuméfactions étaient considérées par le vulgaire, dans lequel il fallait compter bon nombre de médecins, comme un produit du quinquina et contre indiquant son emploi par leur existence même. Il ne répugne pas du tout d'admettre qu'une administration intempestive de ce végétal, en fomentant la fièvre, loin de la conjurer, ne contribue directement à augmenter le splénocèle.

(1) Il serait intéressant de connaître comment les homœopathes concilient ce superbe dédain pour la recherche des *causes autres que celles qui manifestement occasionent ou entretiennent les maladies* (Organon § IX), par la raison qu'*après que celle-ci a cessé d'être présente, la maladie qui en a reçu l'occasion de se développer existe ensuite par elle-même et n'a plus aucun rapport avec l'influence qui lui a été opportune* (Gueyrard, de la doctrine médicale homœopathique, p. 68); avec les éloges qu'ils donnent à l'*arnica*, qui *fait cesser miraculeusement les accidens qui accompagnent les chûtes, les contusions, les plaies*, etc. (ibid., p. 32); en pareil cas il semblerait cependant que l'influence de la cause occasionelle a cessé d'exister, et qu'en conséquence, d'après les principes fondamentaux de la médecine homœopathique, le choix du médicament devait être déterminé par la différence des accidens. Ce n'est pas tout. Écoutez le même auteur (p. 79) : *Des observations rigoureuses ont prouvé l'utilité de l'acide sulfurique après l'écrasement des membres, celles de l'aconit et de l'opium pour les suites de la peur, de la staphisagria pour celles de l'indignation, de l'acide phosphorique pour celles des longs chagrins, de la matricaire, de la coloquinte pour les accidens consécutifs à la colère, de la strychnine pour ceux qui résultent d'un travail intellectuel prolongé ou de l'abus des boissons..... La haine et l'ennui concentrés occasionnent une foule de maux qu'un médecin ne peut soulager s'il ne connaît parfaitement les effets particuliers de la fève de Saint-Ignace. Une foule de maux* est nécessairement représentée par une multitude de symptômes. (Organon, § XI.) Comment cette ignatia peut-elle répondre homœopathiquement à tous?

Le quinquina ne les guérit qu'en prévenant le retour des congestions périodiques ; hors delà, il ne peut que nuire. Je dois ajouter ici que les splénocèles et splénomalaxies n'étant pas exclusivement les effets des fièvres intermittentes, mais encore d'autres maladies et spécialement des inflammations chroniques de l'estomac, viscère avec lequel la rate soutient aussi les sympathies les plus étroites et les plus soutenues, il faudrait être ontologiste renforcé ou homœopathe pur pour attaquer toute tumeur splénique par le quinquina. On trouve dans une excellente dissertation du docteur Ramisch, de Prague, sur la gastromalaxie des enfans, un grand nombre de faits de ramollissement concomitant de la rate, du rapprochement desquels sort nécessairement la conclusion que celle-ci ne s'est affectée que postérieurement à l'estomac.

J'ai lu (1) que pour obtenir la fonte des tumeurs spléniques il fallait recourir à des quantités considérables de sel de quinine. Il n'y a pas moins d'erreur de principe que de fait dans cette allégation. En principe, il ne faut que la quantité de sulfate nécessaire pour couper la fièvre, car dès que le retour des congestions est empêché, la rentrée de la rate non désorganisée dans ses dimensions premières est bien promptement obtenue, ce qu'il est facile d'expliquer par l'étendue et la puissance de son appareil vasculaire centripète. En fait, il suffit souvent de quatre à six grains de sulfate pour parvenir à ce résultat, ce que je puis prouver par des observations.

Dans la clinique médico-chirurgicale de l'hôpital militaire d'Anvers, travail qui ne fait pas moins d'honneur au talent d'observation qu'à celui de rédaction de son auteur, M. le docteur Gouzée (2), on rapporte des exemples de guérison de splénocèles par abstinence de toute nourriture. Si je vois bien, l'abstinence n'a été pour rien dans la disparition de la tumeur, ou, si elle y a contribué, c'est en concourant avec d'autres modificateurs hygiéniques à couper les accès. C'étaient eux la cause du splénocèle, on n'a pu le guérir qu'en les détruisant.

§ VI. — Je finirai ce travail en consignant un petit nombre d'observations pouvant servir à justifier quelques-unes des propositions y énoncées. Il m'aurait été facile d'en augmenter le nombre. Mon intention était de les commenter, afin d'en éviter la peine au lecteur, mais le temps m'a manqué. Ceux qui contestent tout caractère inflammatoire aux fièvres intermittentes et ceux qui ne voient que des complications dans les phlegmasies qu'on remarque quelquefois pendant leur durée, trouveront à redire aux titres que je leur ai donnés. Ce n'est pas ici le lieu d'engager une polémique à cet égard : je me contenterai d'une seule remarque, c'est que si les fièvres, auxquelles j'ai imposé le nom de gastro-entérites, n'étaient pas de véritables inflammations, les deux affections étaient au moins intimement liées, puisqu'elles disparaissaient ensemble.

Je devrais m'excuser peut-être sur le peu de soin avec lequel ces histoires sont rédigées, mais je les ai fait copier dans les cahiers de clinique, sans permettre qu'il y fût changé la moindre chose.

Observation Ire. — *Anévrysme du cœur avec engorgement de la rate.*

Clausset, 19 ans, petit, chétif, maigre, maladif, traînait depuis plusieurs mois dans les hôpitaux, quand il fut évacué le 22 avril 1833, sur nous, de Huy, où il se trouvait au dépôt, en attendant sa réforme pour faiblesse de complexion.

Nous remarquons bouffissure de la face, pâleur jaune du teint, lèvres décolorées, œdème des extrémités inférieures, fluctuation évidente dans le péritoine, endurcissement et tuméfaction de la rate, de plus matité de son dans la région précordiale, impulsions molles accompagnées d'un son clair sous le sternum ; respiration à peine sensible dans les deux lobes inférieurs des poumons, râleuse dans les lobes supérieurs : à droite l'air pénètre avec un bruit clair : peau sèche, pouls vif et animé. Le malade nous dit que depuis une quinzaine de jours il lui vient un accès de fièvre tous les matins. Le ventre est libre, le malade dit uriner. (8 grains de sulfate de quinine.)

Le 24, l'accès n'est pas venu, les urines ont passé abondamment, la collection péritonéale

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, avril 1833.
(2) *Observateur médical belge*, octobre 1834.

est sensiblement diminuée, la tumeur splénique moins dure et moins proéminente ; crachats grisâtres, collans, écumeux; mouvemens du cœur ondulatoires, mous, s'entendant sur toute l'étendue de la poitrine; les contractions des oreillettes sont accompagnées de plus d'impulsions que celles des ventricules.

Le 26, les urines ont continué à passer avec abondance, la collection péritonéale et la tumeur splénique ont sensiblement diminué, le malade n'a plus éprouvé d'accès.

Le 1er mai, la bouffissure de la face est dissipée, les joues prennent un peu de couleur; les extrémités inférieures ne sont plus infiltrées, le ventre est plein, mais ne présente plus de fluctuation.

Le 9 mai, le teint du malade est meilleur, son appétit fort énergique, les digestions faciles, la toux complètement calmée, le pouls est égal et régulier; les battemens du cœur restent étendus, mais ne présentent pas d'autre anomalie; l'expansion pulmonaire s'entend sur tous les points de la poitrine. La tumeur splénique ramollie et diminuée de volume ne disparaît pas entièrement.

Il a quitté l'hôpital pour être congédié.

Observation 2e. — *Gastro-splénite intermittente.*

Florquin, lancier, 23 ans, servant depuis 2, blond, lymphatique, portait une fièvre intermittente depuis environ cinq mois, quand il fut admis à l'hôpital le 26 juin. Les accès reviennent sous type tierce, son teint offre cette couleur spécifique des fièvres intermittentes, la rate est volumineuse et molle. Deux lavemens de quinine laudanisés (1), administrés le jour de l'intermission parvinrent d'emblée à couper la fièvre, qui reparut le 4 juillet dans l'après-midi. La même médication donne derechef le même résultat. Débarrassé de sa fièvre le malade ne pouvait se rassasier d'alimens, tant la faim était impérieuse.

Le 18 dans la matinée, frisson prolongé, céphalalgie sus-orbitaire, langue effilée, soif, peau chaude, pouls fréquent et dur. Cet état durant encore le 19 au matin, on applique 15 sangsues sur l'épigastre. Cette médication fit pâlir la langue, calma la céphalalgie, fit baisser la température et développer le pouls; mais la réaction vasculaire se maintint. La région liénale était soulevée, dure, sensible; l'hypogastre et particulièrement la région cœcale sont sensibles à la pression.

Le 20 au matin, la peau est chaude, la soif modérée, la céphalalgie est revenue. Le pouls donne autour de 90 pulsations, il est un peu vibrant. La rate est tendue et douloureuse. (24 sangsues sur la région liénale; 6 sur la cœcale; cataplasmes émolliens, eau de gomme acidulée.)

Au soir, la peau est chaude, la tête entreprise, très-douloureuse; la langue rouge. Le malade est dans un état de malaise très-fatiguant. Ces symptômes se dissipent à l'entrée de la nuit; le corps est inondé de sueur.

A la visite du 21, céphalalgie apaisée; quelques tiraillemens dans les muscles du cou, langue humide, effilée; peau souple; pouls égal, apyrétique autour de 70. La tumeur splénique descend jusqu'au niveau de l'ombilic, mais est endolore. Trois lavemens de quinine laudanisés, eau d'orge édulcorée. Dans la journée de légers frissons à l'heure où les accès se déclarent; sueur copieuse pendant la nuit, qui du reste est bonne.

A la visite du 22, apyrexie complète, face moins gonflée, peau souple, pouls développé, égal.

Le 24, depuis le 22 le malade n'a plus rien ressenti; la face n'est plus bouffie, mais encore d'un pâle jaunâtre; la langue est humide, le pouls égal et développé; la tumeur splénique diminuée, retirée jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic. (Décoct. calam. aromat. ℥ vi; tinct. copt. péruv. compos. ʒ ij; syr. cort. aurant. ℥ 1.)

Le 2 août, le malade ressent de nouveaux frissons et sur-le-champ la tumeur splénique qui

(1) Les lavemens de sulfate de quinine laudanisés se composent de quatre grains de sulfate, trois onces d'eau et deux gouttes de laudanum.

était restée stationnaire augmente de volume. La face, quoique dégonflée, reste toujours pâle. Six grains de sulfate de quinine préviennent le retour des accès.

Le 11, la fièvre n'est plus revenue, la tumeur splénique s'est fondue, le teint a repris de la couleur et le malade sort guéri.

Observation 3e. — *Fièvre intermittente accompagnée de splénite aiguë.*

Donte, lancier, grand, bien constitué, âgé de 30 ans, contracta la fièvre pendant sa captivité en Hollande en 1830. A son retour il en fut traité dans les hôpitaux de Bruxelles et de Tournay. Elle récidiva aussitôt après sa sortie.

Le 13 août 1832, il fut reçu chez nous, se plaignant d'une douleur aiguë dans l'hypocondre gauche et dans l'omoplate du même côté. Sa figure est pâle, jaunâtre; ses chairs sont flasques et molles; on voit qu'il a beaucoup maigri en peu de temps. Il n'y a plus d'accès de fièvre réguliers, mais il éprouve souvent des frissons suivis de chaleurs fugaces. Il est en proie au plus profond découragement. Dans l'hypocondre gauche on trouve une tumeur circonscrite, dure, très-sensible à la pression.

Après une saignée de 20 onces, qui donne un sang fibrineux, à couenne épaisse, verdâtre, la douleur de l'hypocondre diminue et la nuit suivante fut moins agitée que les précédentes, cependant la tumeur persiste et conserve de la sensibilité.

Les 14, 15 et 16, ventouses scarifiées. Bains de corps.

Le 17, la tumeur splénique est complètement évanouie, les douleurs tant liénales que scapulaires sont dissipées. Le malade n'a plus éprouvé de frissons.

Le 20, les douleurs spléniques ont reparu et avec elles la tumeur. Plus circonscrite qu'à l'entrée, elle dépasse à peine les côtes, elle est sensible à la pression. (Ventouses scarifiées, n° 2.)

Le 22, les ventouses scarifiées ont diminué, mais n'ont pas enlevé la douleur. La tumeur est toujours sensible à la pression, cependant le malade déclare n'avoir plus le moindre ressentiment de fièvre. (15 sangsues sur la tumeur.)

Du 22 au 25, le malade n'a plus éprouvé de douleur, la tumeur a perdu sa sensibilité, le teint est bien coloré.

Le 28, la tumeur est presque évanouie, cependant le malade se plaint d'avoir éprouvé quelques frissons, c'est pourquoi on lui donne le matin à jeun 4 grains de sulfate de quinine.

Depuis cette époque il n'éprouve plus aucun ressentiment de fièvre, cependant on le garde en observation jusqu'au 10 septembre; alors il sort guéri.

Observation 4e. — *Gastro-entérite intermittente avec symptômes cérébraux et splénocèle.*

Journal, 21 ans, servant depuis deux, ayant eu une fièvre intermittente rebelle l'automne dernier; cheveux blonds, yeux noirs, taille moyenne, entra à l'hôpital le 24 mai 1832, dans l'après-midi, dans l'état suivant: témulence, sentiment d'ivresse, fatigue, face et conjonctives jaunes, douleurs articulaires comme contusives, langue d'un rouge sanglant, sèche, nausées, soif insatiable, peau brûlante quoique couverte de sueur, pouls petit, serré, autour de 100, épigastre brûlant, sensible, rate volumineuse, dure, proéminente; les évacuations alvines et vésicales sont régulières, suivant son dire. (30 sangsues à l'épigastre, eau de gomme.)

Rémission notable des symptômes, disparition de la céphalalgie, humectation des bords de la langue, dont le corps se couvre d'un enduit blanc pointillé, mais le centre reste rouge, sec, diminution de la soif, ralentissement du pouls, perte de la sensibilité épigastrique, mais la conjonctive reste jaune. Le malade abattu et fatigué tousse par intervalles. (15 sangsues à l'épigastre, eau de gomme acid.)

Le 26, nuit mauvaise, pas un instant de sommeil; vers 8 heures du matin, frissons fugaces, ensuite langue sèche, râpeuse, rouge, céphalalgie sus-orbitaire, tête vertigineuse: le malade tombe quand il cherche à se lever pour faire ses besoins: yeux fatigués, conjonctives jaunes, peau brûlante, pouls autour de 100, régulier, dur, hypocondre gauche sensible, toux

fréquente, douleurs articulaires très intenses. (30 sangsues, 18 à l'épigastre, 12 aux apophyses mastoïdes.)

Dans l'après-midi, des sueurs chaudes inondent le corps; la tête est allégée, le pouls moins fréquent, onduleux. Nous paraissons toucher à la fin du paroxysme et prenant conseil de ses violences et du danger qui résulterait pour le malade du retour de l'accès, nous prescrivons immédiatement après la terminaison des lavemens de sulfate.

A la visite du 27, le malade ne se plaint que d'un peu de lassitude dans ses membres. La langue, quoique toujours un peu rouge, est humide et platte. Respiration libre, absence de toute toux. (10 gr. de sulf. de quinine, deux grains d'heure en heure.)

L'accès du 27 n'est pas venu, et à la visite du 28 le malade se trouve à son aise et sans douleur; il prend et conserve les différentes attitudes qu'on lui indique : langue humide, soif calmée. (10 gr. de sulfate.)

L'accès du 28 a manqué de même. Le 29 la conjonctive est moins jaune; le teint moins bistre, la langue moins rouge, l'appétit se prononce.

Le 10 juin, continuation de l'apyrexie, diminution incroyable de la tumeur splénique que l'on sent à peine; teint, lèvres et conjonctives naturellement colorés.

La rate est entièrement remontée à sa place et ne peut plus se sentir du dehors.

Le malade est sorti le 30 juin.

Observation 5e. — *Gastro-entérite intermittente avec méningite et splénocèle.*

Schmit, wallon, 30 ans, brun, sec, grêle, entra à l'hôpital le 22 mai 1832. Il nous rapporte que l'automne dernier, il a gagné une fièvre intermittente dans les polders, qu'il a conservée pendant quatre mois, qu'elle l'a repris pendant la marche forcée que son bataillon vient d'exécuter, se présentant sous type tierce, et qu'il l'attend dans l'après-midi. Son teint est jaune, sa face tiraillée, son esprit mécontent. On lui donne de l'eau de gomme acidulée; à 4 heures, je le trouve dans l'état suivant : prostration, absence de tout sentiment, délire sombre, yeux fermés, dents serrées, peau brûlante : convulsions des muscles de la face quand on presse sur l'épigastre : rate dure, de la grosseur d'une tête d'enfant, douloureuse, nausées par intervalles. On lui applique 36 sangsues, 24 à l'épigastre, 12 le long des jugulaires; peu à peu le malade recouvre connaissance. Des sueurs abondantes ruissèlent de toutes les parties du corps. Cependant la nuit est agitée, rêvasseries, urines troubles, sédimenteuses.

A la visite, traits fatigués, souffrans, lassitude générale, céphalalgie sus-orbitaire. Le malade dit qu'il a éprouvé un léger frisson le matin : langue brune, sèche, effilée, rouge à la pointe, haleine fétide, envies fréquentes de vomir, qu'il cherche à favoriser en s'introduisant les doigts dans la bouche. Peau sèche, rude; pouls petit, fréquent, serré; épigastre sensible et chaud.

Je me décide à faire une seconde application de sangsues à l'épigastre et à la tête, dont les effets sont les mêmes que la veille dans l'après-diner, savoir : l'apparition de la sueur, le dégagement de la tête et l'élargissement du pouls. Persuadé que j'ai à faire à une fièvre ataxique sub-intrante, j'ai recours incontinent aux lavemens de sulfate, détourné pour le moment de l'administration interne par la sécheresse et la rugosité de la langue, mais ayant trouvé à la visite du soir cet organe moins contracté et moins aride, et les autres symptômes s'étant généralement améliorés, je prescrivis douze grains de sulfate de quinine, à prendre par deux d'heure en heure, en confiant au médecin de garde la surveillance de leur emploi. Le quinquina fut supporté et par la bouche et par l'anus.

La journée du 24, le malade resta tranquille, n'éprouvant ni douleur, ni bien être, mais il est toujours de mauvaise humeur. La langue, quoique humide, reste grénue et brunâtre, ce qui ne nous empêche pas de recourir encore le 25 au sulfate donné à la dose de 8 grains. Depuis ce jour son état a toujours été en s'améliorant, son moral s'est adouci, l'appétit s'est prononcé énergiquement, la rate s'est fondue et après avoir été gardé en observation pendant dix jours, il quitta l'hôpital parfaitement guéri le 26 juin suivant.

Observation 6e. — *Gastro-entérite intermittente avec congestion pulmonaire et splénocèle.*

Hendrikx, flamand, 19 ans, blond, petit, squelette peu développé, avait gagné la fièvre intermittente dans les polders, quand, à l'arrivée de son régiment ici, il fut de suite envoyé à l'hôpital le 2 mars 1833. La fièvre vient alors sous type tierce. Son teint offre la coloration propre à ce genre de maladie, la respiration est courte et chaude surtout pendant l'accès; le pouls habituellement dur et fréquent; la rate très-volumineuse, résistant à la pression, sensible. La diète, le repos, une saignée du bras et une tisane adoucissante dissipèrent en peu de jours les symptômes de congestion pulmonaire; mais les accès fébriles ne cédant pas à cette médication, nous employâmes le 9 le sulfate en lavement. (4 grains dans trois onces d'eau avec addition de deux gouttes de teinture d'opium.) L'accès du 10 étant revenu à l'heure ordinaire, nous employâmes le 11, huit grains de sulfate par la bouche. La fièvre parut coupée; le teint du malade prit une couleur meilleure; son appétit se ranima, toutefois il nous parut que la convalescence ne s'établissait pas d'une manière franche. Il y avait toujours quelque chose de triste dans l'expression de la face; le malade ne passait hors de son lit que peu d'heures dans la journée.

Le 29, dans l'après-midi, nous le trouvâmes avec de l'accélération dans le pouls. Il sua pendant la nuit.

Le 30, à la visite du matin, il était sans fièvre, c'est ce qui nous décida à recourir incontinent au sulfate à la dose de 6 grains.

L'accès du 31 manqua.

Le 2 avril, à la visite du matin, coucher en supination, face pâle, jaune, traits contractés, langue sèche, pouls petit et tremblant; sur toute l'étendue des deux poumons on entend des râles divers; envies fréquentes d'aller à la selle, évacuations alvines liquides, ventre plein, indolore. Espérant de contrebalancer cette brusque congestion viscérale par une révulsion énergique sur la peau, nous appliquâmes deux vésicatoires aux bras. Dans la nuit hémorrhagie pulmonaire et nasale très-abondante; selles répétées, petites, jaunes, séreuses; nuit agitée, rêvasseries.

A la visite du 3, face tirée, teint d'un blanc sale, pituitaire couverte d'une croûte sanglante, toux rare, l'air pénètre sans peine dans toute l'étendue du poumon; peau brûlante, pouls plein, sautillant, mais se laissant facilement déprimer, donnant plus de 130 pulsations; langue toujours brune et sèche, mais soif moins ardente. (Lavement amidonné, eau de gomme.)

Le 4, la tête s'entreprend, le ventre se tympanise, ce qui coïncide avec la cessation de la diarrhée, tout ce qui est ingéré est indistinctement rejeté par le vomissement. Urines troubles, sales, la congestion du poumon est très-variable, tantôt l'air pénètre à plein jet et sans provoquer de râle, tantôt son abord est gêné et accompagné de râle crépitant. (Liniment volat. camph. sur le bas-ventre en frict.)

Le 5, les selles reparaissent, mais sanglantes cette fois. La région circa-ombilicale perd sa renitence, mais la liénale reste proéminente et tendue, le pouls conserve son caractère sautillant. Pendant la nuit, sueurs très-abondantes, suivies le 6 au matin d'amélioration notable; la face est recomposée, la coloration naturelle, le regard assuré et calme, la langue humide et pâle sur les bords, la soif modérée, la respiration égale et facile, le pouls a perdu son caractère sautillant, il est égal, mou, donne à peine 80 pulsations. La région splénique reste dure. Le malade a fait quelques petites selles de consistance de purée claire, brunâtre, inodore. (8 grains de sulfate de quinine.)

Le 7, l'amélioration s'est de tout point soutenue, l'apyrexie est complète, le malade se redresse avec un peu d'effort et demeure quelques instans assis, face bonne, peau fraîche, respiration égale, pouls développé, mou, égal, ventre souple, insensible. On sent la rate sous forme d'une boule très-dure. Les selles continuent à être liquides, les urines sont peu abondantes, troubles, brunâtres, l'appétit se fait sentir.

Continuation de l'apyrexie, deux selles stercorales, moulées, contentement d'esprit. Depuis ce jour la convalescence ne s'est plus démentie; le teint a perdu sa couleur jaune, et lors-

que le 11 mai, il est sorti de l'hôpital, on ne trouvait plus aucun vestige de la tumeur splénique.

Observation 7e. — *Tumeur splénique consécutive à une fièvre intermittente des polders, persistant après la guérison de celle-ci.*

Jolly, wallon, 22 ans, grand, blanc, fut renvoyé des bataillons de guerre au dépôt du 7e régiment pendant le mois de juin 1832, porteur d'une fièvre intermittente qui durait depuis plus de trois mois, et pour laquelle il venait de faire un séjour de deux mois et demi à l'hôpital de Malines.

A son entrée, nous reconnûmes une irritation inflammatoire de la portion supérieure du tube digestif avec tuméfaction et sclériasie de la rate. Une émission sanguine locale faite à l'aide de sangsues, suivie de l'administration de quelques grains de sulfate de quinine coupèrent les accès au bout de cinq jours et ils ne reparurent plus pendant trois semaines que le malade resta encore en observation, mangeant la portion entière.

Rendu à son service, il le fit pendant trois semaines sans éprouver aucun ressentiment de fièvre; mais dans les derniers jours du mois d'août, le temps étant devenu froid et humide, les accès reparurent sous type tierce.

Rentré à l'hôpital le 3 septembre, après le troisième accès il présentait ce teint jaunâtre, propre aux affections fébriles intermittentes. Décoloration générale de la peau, sentiment de lassitude et de fatigue, inappétence. La rate est d'un volume considérable, moins dure que la première fois, mais plus étendue. La langue est pâle, la soif nulle. Six grains de sulfate de quinine administrés le jour de l'apyrexie coupent tout d'abord les accès.

Depuis cette époque la fièvre n'a plus reparu, mais la tumeur splénique a continué d'exister. La peau est restée pâle, couleur de linge sale, la face bouffie, l'humeur sombre et morose. Nous le gardâmes à l'hôpital jusqu'au 26 octobre, et n'accordâmes sa sortie qu'à ses instances et persuadé que le chagrin éprouvé par la prolongation de son séjour serait encore plus nuisible à l'établissement de sa convalescence, que les écarts de régime dont il pouvait se rendre coupable à la caserne.

Observation 8e. — *Tumeur splénique, s'évanouissant et reparaissant selon que la fièvre intermittente qui l'a causée cesse ou récidive.*

Prignon (J.-B.), taille moyenne, cheveux châtains, yeux bruns, n'a jamais fait de maladie depuis six ans qu'il est au service, quand, fait prisonnier par les Hollandais, il contracte la fièvre au mois d'août à Naerden. Revenu de captivité avec la fièvre, il fut admis à l'hôpital ici, la portant depuis deux mois. Teint jaune paille, peau habituellement sèche, rate très-dure, descendant jusqu'à l'ombilic. Les accès reviennent tous les deux jours à quatre heures de l'après-midi bien précises. On les attaque de la manière suivante: (trois grains de sulfate, une demi-heure avant l'accès, qui retarde et faiblit; trois grains une demi-heure avant l'invasion du second: il manque complètement). La rate dégonflée s'amollit, disparaît. Au bout de quinze jours rechûte. Deux grains de sulfate administrés comme ci-dessus préviennent le retour de l'accès. Le malade part en convalescence.

Pendant un mois qu'il reste chez ses parens, il n'a plus aucun ressentiment de ses accès, ses formes s'arrondissent, son teint se colore, il se porte bien.

A peine rendu aux fatigues de la vie militaire, retour de la fièvre sous forme tierce, se déclarant à neuf heures du soir. Le malade lutte contre elle pendant quinze jours; enfin il nous arrive le 14 février 1832, étant au huitième accès. Teint jaune paille, peau sèche, moral affaissé, rate proéminente, dure, occupant tout l'hypocondre gauche, descendant jusqu'à l'ombilic, très-sensible à la pression. On administra trois grains de sulfate de quinine une demi-heure avant l'invasion de l'accès: il vient mais plus faible.

Le 16, on donna 4 grains une demi-heure avant l'accès qui manque complètement; cependant on continue encore pendant quelque temps à employer le sel de quinine à la dose

de deux grains chaque soir. Le teint s'épanouit ; les couleurs reviennent, la rate s'amollit et se retire sous les fausses côtes, la digestion se fait avec facilité, la convalescence s'établit.

Le 26 au soir, frisson prolongé, chaleur âcre, langue lancéolée, bouche mauvaise, haleine fétide, pouls fréquent et serré, gonflement splénique douloureux. (Eau d'orge édulcorée.)

Le 28, l'accès de fièvre a été long et pénible, il s'est terminé par des sueurs abondantes. A la visite, malgré l'apyrexie, la langue reste lancéolée et rouge à la pointe, la bouche est mauvaise, mais la soif nulle. Ce nonobstant je me décide à l'emploi du sulfate pour prévenir le retour de la congestion. (Quatre grains en deux fois.)

Le 29 l'accès a manqué, la nuit a été bonne, la bouche est moins mauvaise, la rate moins volumineuse et moins proéminente, mais le teint reste fiévreux. (12 grains de sulfate, deux grains chaque après-midi.)

Depuis cette époque la fièvre n'est plus revenue, le teint s'est coloré. Les fonctions se sont exécutées avec facilité et régularité, et après être resté en observation à l'hôpital pendant 17 jours, il est sorti guéri le 16 mars.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL ST.-PIERRE, A BRUXELLES.

PROFESSEUR M. SEUTIN.

Plaie profonde à la partie supérieure interne du bras ; lésion de l'artère collatérale profonde, du nerf cubital et de la partie postérieure de l'humérus ; guérison.

Le nommé Delvigne (Henri), âgé de 35 ans, agent de police, d'une constitution forte et pléthorique, reçut le 6 octobre 1834, un coup de couteau au bras. Il nous dit avoir perdu à peu près 2 à 3 livres de sang dont la couleur était rouge. Un chirurgien avait tamponné la plaie et appliqué un bandage compressif. C'est dans cet état qu'il arriva, le soir même, à l'hôpital. Il était pâle et faible ; son pouls était petit et accéléré. On ôta le bandage et l'hémorrhagie ne s'étant pas renouvelée, on se contenta de lui appliquer un bandage simplement contentif. Il ne put dormir de la nuit.

Le lendemain, 7 octobre, à la visite du matin, on le trouva dans l'état suivant : Face pâle, physionomie triste et abattue ; pouls petit et accéléré ; légère transpiration. Plaie transversale produite par un instrument tranchant, large de 2 centimètres, située à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur du bras. On remarque aussi une légère extravasation de sang à la partie externe et supérieure du bras. L'hémorrhagie s'étant renouvelée, M. Seutin débrida la plaie en haut et en bas, ce qui donna à la plaie la forme d'une incision cruciale, et permit de voir que l'instrument avait divisé transversalement une grande portion du triceps, ébréché la partie postérieure de l'humérus et intéressé tant soit peu le nerf cubital. L'hémorrhagie, qui n'avait pas encore discontinuée, était-elle produite par une petite plaie faite à l'humérale même ? ou était-elle produite par la collatérale profonde, divisée très-près du tronc de ce vaisseau ? Il n'y avait pas à hésiter, car le patient avait perdu beaucoup de sang et souffrait horriblement. S'assurer si le sang venait de l'artère humérale même était chose impossible, car il aurait fallu pour cela en venir à une dissection minutieuse et très-difficile. Le sang jaillisait du milieu d'une petite portion de tissu cellulaire, situé le long de l'artère principale. L'opérateur passa un tenaculum dans ce tissu cellulaire, à rase de l'artère et la ligature fut faite sur le tout. L'hémorrhagie cessa aussitôt. Continuant ses recherches, M. Seutin vit que l'humérus était dépourvu de son périoste à sa partie postérieure, et que l'os lui-même avait été atteint. Dans ce même endroit il trouva une portion de couteau, appartenant au tranchant de la lame. Il fut extrait. La gaîne du nerf cubital avait été divisée, dans une petite étendue, sans qu'il en résultât beaucoup de douleur.

L'ecchymose que l'on remarquait à la partie externe du bras était produite par une petite

quantité de sang extravasé. C'était jusque-là qu'avait pénétré la pointe du couteau. Après s'être assuré qu'aucun corps étranger n'existait plus dans la plaie, quelques injections furent faites et on procéda au pansement, qui fut simplement contentif. Diète.

Le 8, le malade se trouve dans un état assez satisfaisant. Légère moiteur à la peau. Pas de pansement. Trois bouillons lui sont accordés.

Le 9, le pouls est un peu accéléré; la langue chargée. De légers fourmillemens se font sentir dans la main ainsi que dans la plaie. Même régime.

A une heure de relevée une hémorrhagie se manifeste, qui fait perdre 8 onces environ d'un sang moitié rouge moitié noir, s'échappant, sans saccades, de la plaie. On lève l'appareil et l'hémorrhagie ayant cessé on le réapplique. Le pouls du membre affecté n'a pas cessé un instant de battre. Diète. Eau gommeuse pour boisson.

Le 10, la nuit s'est passée sans dormir. La peau du malade est sèche et brûlante; le pouls est petit mais accéléré. Ayant levé l'appareil on remarque un érysipèle peu intense qui a envahi tout le bras. Du pus mal élaboré s'échappe en assez grande quantité de la plaie. Cataplasme émollient sur toute l'étendue de l'érysipèle. Même régime.

Le 11, la nuit a été calme. Le pouls, la langue et le ventre sont dans un état satisfaisant. L'érysipèle commence à diminuer; et du pus mieux élaboré s'échappe en grande quantité de la plaie. On supprime les cataplasmes. Trois bouillons sont accordés au malade.

Le 12, l'érysipèle a disparu. Rien de remarquable sinon que la voix du malade devient un peu rauque. Même régime, même pansement.

Les 13 et 14, une laryngite peu intense s'est déclarée. La suppuration est louable mais peu abondante. Injections émollientes dans la plaie.

Le 15, la laryngite est devenue plus aiguë. La plaie a un bel aspect; des bourgeons charnus naissent en grand nombre, du reste le malade se trouve dans un état assez satisfaisant.

Les 16 et 17, en comprimant la partie externe et supérieure du bras, là où se trouve l'ecchymose, le malade ressent des douleurs très-vives et une plus grande quantité de pus s'échappe par la plaie. La peau dans cet endroit est plus mince, et légèrement convexe. Une mèche est introduite dans la plaie.

Le 18, plus de doute que c'est un abcès ou plutôt un clapier qui s'est formé vers la partie dont nous venons de parler. Le pus ne s'en échappe que très-difficilement, malgré la position, les mèches, les injections, même par la compression. Le malade s'oppose avec obstination contre toute ouverture. Son bras est mis en écharpe. Une nourriture plus substantielle lui est accordée.

Les 19, 20 et 21, la laryngite est guérie. La plaie ainsi que le pus offrent un très-bel aspect; la cicatrisation commence à se faire.

Le 27, le malade sort de l'hôpital. Au bout de quelques jours l'abcès s'ouvre et quelque temps après il était parfaitement guéri.

Réflexions. — Le fait qui vient d'être rapporté mérite d'être connu, et donne matière à quelques réflexions pratiques du plus haut intérêt. Devait-on, dans le cas présent, pratiquer la ligature de l'artère brachiale, ou s'exposer à une récidive de l'hémorrhagie en liant seulement une des collatérales divisée à sa sortie du tronc principal? Telles sont les questions qui se présentent d'abord. Certes, on était plus certain d'arrêter l'écoulement du sang en liant d'emblée la brachiale; mais si on ajoute que cette opération est plus grave et expose à plus d'inconvéniens, on conviendra que la conduite qui a été suivie en cette circonstance, si elle n'était pas la plus sûre, était au moins la plus prompte, la plus expéditive et celle qui devait naturellement s'offrir à l'esprit de l'opérateur. Cette observation prouve à la fois que ce procédé peut être employé avec quelque chance de succès, et les ressources que l'on peut attendre de la nature pour arrêter les hémorrhagies traumatiques par la formation d'un caillot salutaire, qui, dans le cas dont il s'agit, paraît s'être formé aux dépens même des parois de l'artère humérale, laquelle s'est probablement plissée à cet effet en forme de bourse.

Erysipèle phlegmoneux *des plus intenses ; inflammation domptée moyennant des fortes émissions sanguines ;* par F.-T. Filleul, chirurgien de l'hôpital civil d'Ostende.

Le nommé Charles Deprez, voiturier, âgé de 32 ans, natif de Schoore et domicilié au Sas-Slykens, près d'Ostende, d'une constitution lymphatico-sanguine, à la suite d'avoir coupé du bois dans la journée du 16 septembre 1834, exercice qu'il ne pratiquait point habituellement, ressentit une douleur dans l'épaule et le bras dont il s'était servi, vers le milieu de la nuit.

Le 17, le mal, sans être violent, avait une grande étendue; il y avait tant soit peu de tuméfaction. Le malade n'y prêta aucune attention, il vaqua à ses affaires comme d'habitude. La nuit, la douleur, ou plutôt les élancemens, interrompirent à plusieurs reprises son sommeil.

Le 18, la tuméfaction avait beaucoup augmenté; les parois thoraciques, l'épaule et le bras avaient acquis plus de dimension, il mouvait ce membre avec difficulté. Par une imprudence inconcevable, ce jour ayant affaire à Ostende, il s'y rendit par la barque, mais à peine fut-il arrivé, qu'il se sentit tellement mal, qu'il se vit obligé de retourner sans pouvoir remplir le but de sa petite excursion. La nuit point de repos.

Le 19, la douleur beaucoup plus forte, avait amené la fièvre et le trouble général des fonctions à sa suite. La nuit plus mauvaise encore, ne détermina point cet homme, quoiqu'ayant les moyens, de faire intervenir un homme de l'art; seulement il fut conseillé par quelque comère du voisinage, à appliquer sur la tumeur un cataplasme composé de farine de sarasin, d'huile d'olive, de jaune d'œuf et de miel. Ce cataplasme fut continué pendant toute la journée du 20. La douleur parût un peu plus supportable. La nuit fut moins mauvaise que la précédente.

Le 21, la fièvre toujours continue, devenue très-forte, ne permettait plus au malade un quart-d'heure de repos. Pendant une grande partie de la nuit le délire s'y mêla.

Ce fut seulement le 22, quand la maladie avait acquis son summum d'intensité, que M. Letter, chirurgien à Breedene, fut mandé pour donner des soins assidus à Charles Deprez, qui en avait si impérieusement besoin. Mon confrère fut frappé de l'aspect de pareils symptômes morbifiques, de l'étendue et de la violence de la maladie. Son expérience lui fit un devoir de pratiquer aussitôt une large saignée (20 onces). Effectivement, l'étendue de l'inflammation avec tous les signes de la pléthore, étaient à même de réclamer une aussi énergique médication. Joignez à cela un pouls dur, plein, et on aura une idée de l'éréthisme général de l'économie. Mon collègue ordonna, en outre, diète sévère, pour boissons de l'eau d'orge et du petit lait; sur la tumeur érysipélateuse un cataplasme anodin, renouvelé de trois en trois heures. Le restant de la journée et la nuit furent beaucoup plus calmes que les précédentes.

A sa visite du matin, le 23, quoiqu'il lui parût remarquer un léger amendement dans les symptômes généraux, l'érysipèle n'en avait pas moins gagné en étendue, de telle sorte que le cas se présentant on ne peut plus grave, il me fit demander en consultation.

Après un mûr examen, je reconnus une inflammation phlegmoneuse de tout le bras et des parois thoraciques du côté droit. L'état du malade me paraissait très-grave et la vie en danger. A ce groupe de phénomènes dits *pathogéniques*, j'opposai immédiatement de fortes applications de sangsues, bien persuadé que c'était le seul point de salut à encourir pour le patient. J'ordonnai donc instantanément trente sangsues sur la tumeur érysipélateuse et je priai mon confrère de tâcher d'obtenir le plus de sang possible. Je recommandai une diète des plus sévères et pour boissons de l'eau d'orge, du petit lait, etc. Vers le soir j'appris que la déplétion avait été très-considérable et qu'il y avait un léger amendement.

Le 24, après la visite, on me dit qu'il y avait eu une couple d'heures de sommeil pendant la nuit. La tuméfaction qui avait doublé le bras en volume, la chaleur qui ressemblait à un brâsier ardent, la veille, la douleur des plus cruelles et tous les accidens d'une fièvre des plus inflammatoires, avaient tant soit peu diminué d'intensité. Malgré ce bon effet de l'appli-

cation des sangsues, je n'eus pas assez de confiance pour désister de cette médication. L'amendement ne me paraissait pas suffisamment prononcé. Je réitérai ma déplétion et j'en fis placer encore vingt-cinq. Je prescrivis au surplus une potion calmante, à prendre vers le soir. J'ordonnai le même régime.

Mon traitement, le lendemain 25, fut couronné du plus grand succès. La nuit s'était passée en grande partie en sommeil; les accidens inflammatoires avaient subi une diminution si notable, que j'envisageais l'inflammation comme domptée et le malade comme convalescent. Le bras et les parois thoraciques avaient perdu un tiers de leur tuméfaction; la chaleur, la rougeur et la douleur, dans les mêmes proportions. Les cataplasmes et le même régime furent continués.

Le 26, il n'y avait eu que peu de fièvre. La nuit avait été passablement bonne. Mieux soutenu. Même prescription.

Le 27, l'amélioration fit des progrès, une urine claire et limpide remplaça une urine sédimenteuse et déposante. Les symptômes généraux avaient en grande partie disparu. Le malade sentit un bien-être parfait; il eût ce jour plusieurs selles. La nuit fut bonne. Toujours cataplasmes.

Le 28, le bras diminuait de volume. Il y avait absence de douleur.

Enfin le 29 et jours suivans, la convalescence fit des progrès si rapides que le 5 octobre le bras était revenu à son type primitif. Seulement, le 6, un petit abcès se forma dans le creux axillaire qui donna issue à une quantité très-minime de pus. Quelques jours plus tard l'individu est sorti parfaitement bien guéri.

J'ai oublié de mentionner que durant sa maladie, cet homme avait eu une et quelquefois deux selles par jour. J'envisageais cette légère dérivation comme salutaire et tâchai de la maintenir.

Réflexions. — L'érysipèle phlegmoneux, parvenu à une certaine intensité, est une maladie fort grave. La terminaison de ce genre d'inflammations est ordinairement la suppuration, quelquefois la gangrène, rarement la résolution; souvent aussi un état adynamique vient mettre fin à ces énormes ravages. Le traitement doit donc singulièrement varier et être bien dirigé pour obtenir la terminaison la moins fâcheuse. Voyons si mon traitement a rempli ces conditions.

La première fois que je vis ce malade, je fus pénétré de la gravité de son état. Comme la veille il avait été pratiqué une large saignée, je balançai un instant pour savoir s'il fallait, ou répéter la saignée, ou avoir recours aux sangsues; la violence de la maladie réclamait l'une déplétion aussi bien que l'autre; comme j'entrevoyais une abondante suppuration, qu'à cet effet le patient avait besoin de forces suffisantes pour en faire les frais, je préférai les sangsues à l'ouverture de la veine.

De nombreuses remarques faites dans le temps que je suivais les cliniques des grands hôpitaux de Paris, me guidèrent dans ma manière de voir, et déjà plusieurs fois je n'ai eu qu'à m'en louer. M. Lisfranc, dans les cas d'érysipèle phlegmoneux, applique par cinquantaines de sangsues à la fois; toujours il a eu à s'applaudir des heureux résultats de ce traitement. Les saignées générales au contraire sont conseillées, par ce savant professeur, avec moins de prodigalité. Les raisons qu'il en donne sont trop concluantes pour ne pas s'y conformer. Outre qu'on prive le sang dans ce cas d'une grande partie de sa fibrine et qu'on retarde par là les convalescences, on n'a que trop souvent à déplorer la complication adynamique qui finit par entraîner les malheureux au tombeau. Chez ce malade, il y a eu manifestement sécrétion de pus; si pourtant elle avait été proportionnée au degré d'inflammation, indubitablement les muscles du bras se seraient décolés, des foyers purulens se seraient formés, et si le pus n'eût trouvé d'issue au dehors, le malade eût péri victime de la fièvre hectique par résorption. Heureusement pour le patient, l'inflammation fut domptée par le moyen de fortes émissions sanguines et le travail suppuratoire modéré, toutefois pas assez pour rétablir l'équilibre rompu et pour permettre l'absorption du liquide sécrété. L'abcès qui survint en est la preuve.

Ostende, 1er novembre 1834.

—

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Sur les progrès de l'Homoeopathie.

(*Extrait de l'allemand par le docteur* Canstatt).

Tandis qu'un auteur anonyme, qui vient d'augmenter la foule des écrits homœopathiques d'un nouvel ouvrage, donne le tableau de l'homœopathie comme d'un monstre effrayant avec le corps enflé, les jambes et les bras tortus, les doigts allongés, les yeux d'un rénard, les oreilles d'un âne et la tête hydrocéphalique ; il y en a d'autres, qui trouvent cette doctrine excessivement aimable. Le nombre de ses adorateurs s'augmente, elle est devenue la dame moderne, dont tout le monde parle; mais il reste bien à douter, si elle saura défier le temps et ses adversaires, à l'instar de Ninon de l'Enclos, qui, quoique vieille, savait captiver ses anciens adorateurs et ne manquait pas d'en attirer des nouveaux.

Malgré l'extension qu'a gagnée l'homœopathie dans les dernières années, et que le nombre des médecins homœopathistes monte, au dire de ses partisans, à cinq cents, l'observateur attentif voit facilement que dans ce moment même elle est ménacée d'une crise, qui décidera de son existence ou de sa ruine. Ou elle sortira de cette crise, triomphante et purifiée, ou son édifice va s'écrouler et elle sera ensevelie sous les décombres, et ce dernier est le plus probable. Voici les symptômes qui annoncent l'approche d'une pareille catastrophe, et qui font espérer qu'il n'y a plus loin jusqu'à la *dies tyrannus*, comme les anciens médecins appelaient la période de perturbation, qui précède ordinairement la solution d'une maladie aiguë.

Une partie des élèves de Hahnemann se sont présentés, en disant que son principe suprême, *similia similibus curantur*, n'était vrai que d'une manière approximative, et qu'il n'est qu'un aide au besoin. Le vrai principe, disent-ils, est plutôt : *æqualia æqualibus*, et le *simile* est souvent trompeur. Ainsi la petite-vérole devrait être traitée par un minimum de matière vérolique diluée ; de même la gale par la matière galeuse, la maladie mercurielle par le mercure, etc. Ils veulent donc chasser Satan par Belzebut. Hahnemann lui-même est effarouché que l'œuf prétend d'être plus savant que la poule, et proteste solennellement contre cette dénaturation de sa doctrine, appelée *Isopathie*. Mais nonobstant cette protestation, on ne cesse pas de rapporter les succès brillans des cures isopathiques, à l'égard desquelles cependant on n'est pas généralement d'accord : car, tandis que *Hering*, *Lus*, *Groos* et d'autres prétendent avoir obtenu de grands effets de l'isopathie, il y en a d'autres, comme, par exemple, *Kretschmas*, qui assurent n'avoir vu résulter aucun effet de l'emploi de ce traitement curatif.

Ce qui fait à *Hahnemann* plus de chagrin que cette exagération de ses principes, c'est la propension de quelques-uns de ses élèves à tomber dans des récidives de la méthode allopathique. Malheureusement oubliant à l'approche du choléra en 1830, ses propres principes, il recommanda lui-même le camphre à des doses étonnamment hautes dans le traitement de cette redoutable maladie, inconséquence que sa déclaration, donnée plus tard à cet égard, ne pouvait plus rendre rétrograde. Pour sa recommandation des emplâtres de poix il se blâme lui-même dans la dernière édition de son *Organon;* voici ses paroles : il regrette d'avoir fait la proposition, qui sent l'allopathie, d'appliquer, dans les maladies psoriques, au dos, un emplâtre résineux, qui produirait de la démangeaison, et d'employer dans les paralysies les plus faibles secousses électriques, parce que ces propositons qu'il révoque solennellement, offrent aux demi-homœopathistes une sorte d'excuse de leurs péchés allopathiques. Ce sont surtout les homœopathistes à Leipsic, qui se sont rendus coupables de ces péchés et qui donne lieu par cela à une lutte offrant assez d'intérêt à ceux qui désirent connaître toutes les relations de l'homœopathie. En voici l'essentiel :

Hahnemann ouvrit le combat en 1832, en blâmant publiquement les homœopathistes de Leipsic à cause de leur adultération de l'homœopathie par des cures allopathiques. Ceux-ci répliquèrent à leur tour, qu'ils ne reconnaissent point d'autorité avec un pouvoir illimité, et que la science

ne peut et ne doit pas être circonscrite par des anathèmes personnels ; plusieurs médecins homœopathistes, en outre, émirent leur opinion isolément, et indiquèrent spécialement les cas où ils croyaient l'emploi des médicamens allopathiques nécessaire, à moins qu'on ne voulût jouer de la vie. L'été passé, le schisme devînt complet : *Hahnemann* invitait ses *véritables* élèves à une réunion des homœopathistes à Coethen, tandis que ceux de Leipsic préparaient une réunion de ceux qui étaient exclus, pour le même jour à Leipsic. Il semble cependant que les deux partis ne se trouvaient pas bien dans cet état de choses, puisque ceux de Leipsic envoyèrent une députation à Coethen, pour offrir la réconciliation à Hahnemann ; ce qui, en effet, eût lieu, après que tous ceux présens à Coethen eurent signé une déclaration dans laquelle ils s'obligeaient à mettre des bornes dès-à-présent à de pareils délits contre l'homœopathie. Il y en a cependant qui persistent dans leur opinion contraire à celle de Hahnemann. Il n'y a pas long-temps que, pour exemple, *Frinks* s'exprimait de la manière qui suit pour un cas traité allopathiquement par un homœopathiste : « Ce fut un cas qui réclamait l'action énergique de l'art et dans lequel l'administration d'un ou deux globules aurait été un *jeu sans conscience*, un procédé auquel nous avons renoncé pour toujours depuis que nous avons fait quelques tristes expériences dans des cas graves de maladie aiguë.»

Hahnemann n'a pas moins à lutter contre ses élèves pour ce qui est relatif aux doses des médicamens. Lui-même, il croit la dilution, portée jusqu'à la décillionième partie d'un grain, la meilleure, même souvent il suffirait, selon lui, que le malade flaire le médicament. Mais une partie de ses élèves pensent qu'il y a des limites à cela ; d'autres veulent même, tout en sens opposé de Hahnemann, qu'il faille aller dans la direction inverse et avoir recours de nouveau à des doses plus fortes. C'est surtout *Frinks* qui parle en faveur de l'augmentation des doses qui seules, d'après ses observations, produisent des effets dans un grand nombre de cas.

Parmi les partisans les plus zélés de *Hahnemann* il se trouve des sceptiques qui doutent de l'efficacité de l'action de flairer les globules homœopathiques, et *Widenmann* ne dit pas sans raison, que l'homœopathie se rend ridicule par cela même ; il n'y a pas de doute que pendant toutes ces disputes théoriques sur l'homœopathie, le désir soit devenu plus général de mettre un terme à cette lutte par des observations exactes, parce qu'il n'est pas à espérer qu'on y mette fin par des paroles.

(*Literatur-Blatt.*, red. *von* Dr *W. Menzel.* mai, 1834, Nos 53 et 54.).

Dr Canstatt.

Sur l'emploi interne et externe de la créosote ; par le professeur Wolff de Berlin.

L'auteur a fait, sur l'ordre de l'administration des hospices, des essais avec la créosote dans l'hôpital de la Charité à Berlin. Parmi les maladies internes pour lesquelles elle a été recommandée par M. *Reichenbach*, on l'a employée dans le traitement de la phthisie pulmonaire, laryngienne, trachéale, du cancer utérin ; et parmi les maladies externes contre l'*impetigo sparsa* et la gale. A l'intérieur on donnait ordinairement la créosote en pilules d'après la prescription suivante : R. *creosoti* ʒ j ; *pulv. rad., Alth., succ. liquirit ana* ʒ j ß, *aq. dist. q. s. ut. f. mass. pilul., ex qua form. pil. gr.* ij. Une telle pilule contient à peu près un demi grain de créosote. A l'extérieur on employait une solution aqueuse dans la proportion de 1 à 80. On commençait par donner deux pilules le matin et le soir, et on augmentait cette dose insensiblement à 4, 6, 8 pilules.

1. *Phthisie pulmonaire :* on en traita 11 cas, dont un se trouvait à la première, huit se trouvaient à la seconde, et deux à la troisième période. Dans deux cas l'effet fut tout-à-fait nul, il n'allait ni mieux ni pire après quinze jours de l'emploi de ce remède, l'un des malades en ayant pris 52, et l'autre 70 grains. Dans un cas on fut forcé de suspendre l'administration du remède dès le onzième jour, à cause des vomissemens violens qui en résultèrent. Le malade mourut plus tard. Six fois on remarqua une aggravation sensible du mal, et les malades, ayant pris 64, 76, 82, 96 et 108 grains de créosote, moururent bientôt après. Dans deux cas, qui se trouvaient à la seconde période du mal, l'administration du remède fut sui-

vie de la mort d'une manière inattendue ; déjà au 4e et 7e jours du traitement, chez l'un des malades, qui n'en avait pris que deux grains, par suffocation; et chez l'autre, qui en avait pris 24 grains, par formation subite d'hydropisie de poitrine. L'effet du remède ne fut donc nullement bienfaisant chez ces malades, et, eu égard aux phénomènes provoqués par son emploi, il doit être considéré comme dangereux dans le traitement des phthisiques. On remarquait à la suite de son usage, augmentation de la fréquence du pouls, et de la fièvre éthique, diminution de la sécrétion des urines, sans aucun changement des crachats ni en quantité, ni en qualité, sans aucun soulagement de l'expectoration, sans diminution de la toux et de la dyspnée, qui, au contraire, furent aggravées dans quatre cas. Une fois son emploi a été suivi d'hémorrhagie du nez et deux fois d'hémoptisie. Ce qui plus est, sans offrir aucun avantage, pas même palliatif. La créosote agit encore désavantageusement dans la phthisie pulmonaire par son action particulière sur la sécrétion urinaire qu'elle diminue ; elle favorise de cette manière la complication de la phthisie avec l'hydropisie, et provoque plus facilement des sueurs colliquatives.

2. Dans deux cas de *carcinoma uteri* on a fait des injections d'eau de créosote dans le vagin. Chez une de ces malades les douleurs qui les suivaient étaient tellement violentes, qu'il fallût cesser son emploi le 9e jour, après avoir fait usage de six livres d'eau de créosote ; chez l'autre on put continuer l'usage du remède 26 jours, pendant lequel temps on eut besoin de 16 livres; dans ce cas les douleurs devenaient également très-intenses. Dans l'un et l'autre cas, il n'y avait aucune amélioration de la sécrétion, même les métrorrhagies n'en étaient pas moindres, de manière qu'une des malades mourut immédiatement après une violente métrorrhagie, et l'autre plus tard.

3. Un cas *d'impetigo sparsa*, qui, d'après le dire de la malade, occupait depuis 25 ans la partie interne des cuisses, les grandes lèvres et les fesses, fût guérie, avec un succès remarquable, en huit semaines, par l'emploi de l'eau de créosote (R. *créosot.* ʒ β. *Aqu. dist.* ℥ V. *M.*) Les fomentations de cette eau, provoquant une vive cuisson et de l'inflammation, on était forcé de suspendre son usage déjà après huit jours, et de l'employer plus tard alternativement avec des fomentations d'eau tiède, de 24 en 24 heures, jusqu'à la guérison.

4. Trois cas d'ancienne *gale* furent guéris en huit jours, par les lotions avec l'eau de créosote.

5. Dans l'odontalgie, le remède mis dans son état pur sur du coton dans les dents cariées produisit des effets extraordinaires.

(*Medicinische zeitung vom vereine fur Heilkunde in Preussen*, 1834, *n°*. 30.)

Dr Canstatt.

VARIÉTÉS.

Du mode adopté par la pharmacopée de Prusse pour éviter les erreurs dans la prescription et le débit des médicamens.

A l'occasion de l'article, sur la responsabilité médicale relatif à un empoisonnement par le sublimé corrosif administré par erreur au lieu du calomel, inséré dans le dernier numéro du *Bulletin médical belge*, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que de telles erreurs, sont prévues dans la pharmacopée de Prusse, dont les auteurs ont eu le bon esprit de dresser une table contenant les plus grandes doses des médicamens héroïques que le pharmacien peut délivrer, et que le médecin ne peut surpasser dans ses prescriptions, sans ajouter le signe (!). Nous voyons ici la responsabilité divisée et l'erreur impossible; nous croyons faire une chose utile en reproduisant cette table dans un moment où une commission nommée par le gouvernement s'occupe de la révision de la pharmacopée belge.

PARS I, SECT. I.

Belladonna herba pulvis.	gram.	4.
Belladonna radix pulvis.		4.
Cantharides pulvis.		1.
Colocynthides pulvis.		1.
Digitalis herba pulvis.		5.
Gutti.		4.
Helleborus albus radix pulvis.		10.
Helleborus niger rad. pulv.	scr.	j.
Nuces vomicæ pulvis.	gr.	2.
Opium pro adulto.		2.
Scilla radix pulvis.		3.
Stramonium herb. pulv.		4.
Stramonium sem. pulv.		4.

PARS I, SECT. II.

Acidum muriaticum.	gtt.	30.
Acidum nitricum.		20.
Acidum sulphur. dilut.		30.
Æther phosphoratus.		10.
Æther sulphuricus.		20.
Aqua amygd. amar.		50.
— lauro-ceras.		30.
Argentum nitricum crystallis.	gr.	1/2 (β)
Colocynthis præparata.	gr.	j.
Cuprum sulphurico-ammoniacale.		2.
Cuprum sulphuricum.	grama	2.
Extractum belladonna.		2
— nuc. vomic. aquosum.		2.
— » » spirituosum.		2.
Extractum opii.		2.
Hydrargyrum muriaticum corrosivum.		1/2.
— oxydatum rubrum.		1/2.
Liquor hydrargyri nitrici oxidati.	gtt.	3.
Mixtura sulphurico-acida.		20.
Plumbum aceticum.	gr.	i.
Pulvis ipecacuanhæ opiatus.		20.
Tartarus stibiatus.		6.
Tinctura cantharidum.		15.
— colocynthidum.		20.
— digitalis ætherea.		20.
— » simplex.		30.
— lodi.	gram.	10.
— opii crocata.		30.
— » simplex.		30.

PARS II, SECT. I.

Croton. oleum.	gtt.	j.
Scammonium halepense.	gr.	j.
Toxicodendron. herba pulvis.		6.

PARS II, SECT. II.

Acidum hydrocyanicum.	gtt.	j.
Aurum muriaticum.	gran.	j.
Hydrargyrum aceticum.	gr.	j.
Massa pillularum e cynoglosso.	gr.	15.
Morphium aceticum.	gr.	1/4.
Oleum phosphoratum.	gr.	30.
Solutio arsenicalis.	gtt.	10.
Strychninum nitricum.	gr.	1/4.
Tinctura stramonii seminis.	gtt.	20.

Table des médimamens que le médecin ne peut prescrire *isolés*, à l'*usage interne*, sans ajouter le signe (!).

PARS I, SECT. I.

Tous les médicamens crus (*non purifiés*), e. gr. acid. muriaticum crudum.

Ærugo, arsenicum album, baryta sulphurica nativa, bismuthum, cerusa, cuprum sulphuricum *venale*, euphorbium, gypsum hydrarg. mur. corros. *venale*, hydrarg. oxydat. rubr. *venale*, sodum, lithargyrum, manganum oxydatum nativum, minium, nicotiana folia. Spir. nitri fumans. Opium pro infante infra 5 annos. Phosphorus. Sabadilla semen. Vitriolum album.

PARS I, SECT. II.

Acidum aceticum.
Acidum muriaticum, a. nitricum, a. sulphuricum rectificatum et a. sulphuricum rectificatum dilutum, *absque aqua*
Acidum pyro-lignosum rectificatum, alumen ustum.
Argentum nitricum crystallisatum non solutum.
Argentum nitricum fusum. Hydrargyrum ammoniato-muriaticum.
Hydrargyrum muriaticum corrosivum non solutum.
Kali carbonicum e cineribus clavellatis.
Kali causticum fusum et siccum.
Acetum plumbicum.
Kali hydriodicum.
Liquor kali caustici et natri caustici.
Liquor stibii muriatici.
Mixtura sulphurico-acida absque addita aqua.
Plumbum carbonicum (cerusa).
Stibium oxydatum griseum. Tinctura kalina.

PARS II, SECT. I.

Cuprum aceticum.
Oxalium.

PARS II, SECT. II.

Acidum aceticum aromaticum.
Acidum aceticum aromaticum camphoratum.
Aqua cœrulea.
Aqua phagedænica.
Aqua plumbica.
Aqua vegeto-mineralis.
Morphium.
Stibium oxydulatum.

Non opus est, ut hirudines, formicæ, metalla e. gr. argentum, ferrum, cuprum, aurum, tum emplastra, linimenta, unguenta, aqua vulneraria, etc., *hic recenseantur.*

GRIFFEKOVEN.

—

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

PHYSIOLOGIE POUR LES COLLÉGES ET LES GENS DU MONDE, *expliquée sur onze planches, à l'aide de figures découpées et superposées*, par J. ACHILLE COMTE, professeur d'histoire naturelle au collége royal de Charlemagne, et à la Société des méthodes d'enseignement. — Edition belge, publiée par les soins de M. le Docteur MARINUS.— Bruxelles, Établissement encyclographique, quai au Foin, n° 33 (*), 1835, un vol. grand in-4°.

Cet ouvrage est un excellent abrégé de physiologie, qui sera d'une grande utilité non-seulement aux élèves qui commencent l'étude de cette science, mais encore aux gens du monde et en général à toutes les personnes qui veulent se former une idée du mécanisme de la vie et du jeu admirable de nos organes. Les planches qui l'accompagnent sont une tentative nouvelle en iconographie et il a fallu à l'auteur beaucoup de patience et de talent pour surmonter toutes les difficultés d'une entreprise dans laquelle aucun antécédent ne pouvait le guider. Les dessins, d'une exécution parfaite, sont combinés de telle sorte que leur *verso* et leur *recto* figurent des plans différens, ce qui permet au lecteur de voir les rapports naturels de toutes les parties de l'appareil d'une fonction, puis d'en isoler ou d'en réunir les divers lambeaux, afin de suivre et de comprendre le développement du texte qui comprend 43 pages à deux colonnes.

Comme on le voit, le but de l'auteur a été de faire servir ces planches à l'intelligence de ses descriptions des fonctions de la vie humaine, qu'il divise, comme tous les physiologistes, en deux classes : 1° fonctions de nutrition; 2° fonctions de relations; et sous ce rapport, il l'a complètement atteint.

GUIDE *pour l'étude de la clinique médicale* ou *Précis de séméiotique*. Ouvrage posthume de DANCE, publié par un de ses amis. — 1 vol. in-18, Bruxelles, à la librairie médicale de J.-B. Tircher, rue de l'Etuve. — 1834.— Prix : 2 fr.

Ce petit ouvrage, qui n'était pas destiné à la publicité, composé de notes que Dance avait rassemblées pour les premières leçons d'un cours qu'il allait ouvrir à la Faculté de médecine de Paris, sur toute la médecine pratique, laisse apercevoir l'immense talent d'observation de l'auteur, enlevé prématurément à la science au moment où il achevait un travail d'une autre importance, son *Traité sur la phlébite*. L'éditeur a rendu un service aux élèves en mettant entre leurs mains un guide sûr pour l'étude de la clinique, dans lequel ils puiseront des connaissances utiles et dont ils pourront faire une juste application aux lits des malades; les préceptes que ce livre contient ne sont même pas à dédaigner des praticiens, qui le consulteront avec fruit. L'ouvrage est divisé en deux parties : la première traite de tout ce qui a rapport à l'observation en médecine, et à la manière d'interroger et d'examiner les malades, et des notions élémentaires sur la pathologie générale; la seconde partie, la plus étendue, est un précis de séméiotique, dans laquelle l'auteur passe en revue tous les signes fournis dans les maladies par les divers organes des fonctions de relations et assimilatrices. M.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE, ou *Description succincte des organes et des élémens organiques qui composent le corps humain*; par A. L. J. BAYLE, Docteur en médecine, agrégé en exercice et bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine de Paris, etc.

CINQUIÈME ÉDITION, augmentée 1° *de l'usage des muscles*; 2° *de la préparation des parties*; 3° *de la description du fœtus et de ses membranes*; 4° *de notions d'anatomie générale*; 5° *d'un précis de l'anatomie des régions*; 6° *d'un tableau analytique de la physiologie de l'homme*;

Enrichi *de nombreuses additions et d'un précis de la squelettopée et autres préparations anatomiques de cabinet*, par J. R. MARINUS, Docteur en médecine, etc. — Bruxelles, 1834, 1 fort vol. in-12, de 714 p., librairies de J. B. Tircher et P. J. Voglet.— Prix : fr. 4-50.

Nous n'avons pas à faire ressortir l'utilité de cet ouvrage, qui est suffisamment appréciée des élèves; les additions faites dans cette édition en font le traité le plus complet d'anatomie humaine et le mettent à l'abri du reproche qui avait été adressé aux premières éditions du *Manuel d'anatomie* de M. Bayle, d'être trop concis.

* * *

(*) Prix figures coloriées, fr. 9.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

BEAUGRAND. Mélitagre aiguë ou flavescente (impetigo) observée à la clinique de l'hôpital St.-Louis. 1

PAILLARD ET MARX. Mémoire sur les luxations anciennes, et l'époque à laquelle elles peuvent être réduites. (Doctrine de M. DUPUYTREN). (2e article.) 3

CHAVANE. Notice sur le mode de pansement le plus convenable des plaies qui résultent de l'amputation des membres dans leur continuité. 7

Analyse des journaux. (a.)

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

PAUL DUBOIS. Mémoire sur le mécanisme de l'accouchement naturel. (2e article). 1

MEYNIER (P.) De la cure radicale des hernies chez les petits enfans. 14

HOUEIX. Efficacité du camphre en vapeur dans le rhumatisme ambulant. 15

VIGNOLO (G.) Opération césarienne, extraction d'un enfant vivant. 16

Analyse des journaux. (a.)

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

BROUSSAIS (CASIMIR). Rapport trimestriel sur le service médical de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. 1

BARBY. Application du sulfate de quinine par la méthode endermique dans le traitement des fièvres intermittentes tierces. 3

BROUSSAIS (F.-J.-V.). Nécessité d'une théorie pour l'exercice de la médecine pratique. — Réflexions sur les acquisitions de la médecine pratique. 4

BARTHÉLEMY. Plaie pénétrant profondément dans la poitrine, promptement guérie par des saignées abondantes et répétées. 9

LABAT. Manière prompte et facile de saisir la pierre dans la vessie, avec des instrumens lithotriteurs à percussion et à pression. ib.

LABAT. Combien il est important de diminuer l'irritabilité des yeux, avant de procéder à l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle. 10

FIQUET. Morsure de vipère. 12

BOYS DE LOURY. Observation de rhinoraphie. ib.

MARTINS (CH.). Revue de quelques musées anatomiques de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la France. 13

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

PESCHIER. Observations communiquées à la société homœopathique gallicane. 1

DUPRÉ-DELOIRE. Profession de foi et observations communiquées à la société homœopathique gallicane. 5

SYMPTÔMATOLOGIE. Achillæa millefolium.

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

RENNES. Notice sur quelques accidens de la vaccine, ou esquisse historique d'une épidémie de variole, de varicelle et de varioloïde, dont le début a coïncidé avec les premières vaccinations de 1833. 1

DUPLAY. Observations de maladies des centres nerveux ; recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Rostan. (2e article.) 7
STOKES. Diagnostic des anévrysmes internes. 14
Choix d'observations publiées par la société médico-chirurgicale d'Édimbourg. — Affections du système nerveux. (2e extrait). 21

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

GERDY JEUNE. Réflexions générales sur les maladies de la peau, et observation d'*achrome vitiligne*. (Groupe des dermatoses dyschromateuses) compliquant une maladie organique, recueillie dans le service de M. le professeur Alibert, à l'hôpital St.-Louis. 1
SAINT-GEORGES RAUSOL. Mémoire sur trois questions de pathologie et de thérapeutique. (2e et dernier article). 7
I. Quel sens doit-on attacher à ces expressions, *fièvres putrides, fièvres malignes* ? ib.
II. Peut-on toujours expliquer l'action des médicamens sur l'économie animale ? 10

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

DUFRESNE-CHASSAIGNE. Note sur un spéculum en gomme élastique pure. 1
LAURAND. Empoisonnement par l'extrait de belladone. 2
MAILLOT. Note sur les maladies qui ont régné pendant le mois de juin 1834, à l'hôpital militaire de Bône. (Afrique). 4
MONDIÈRE. Note sur le traitement de l'aménorrhée par l'irritation des mamelles. 8
BOTTU-DESMORTIERS. Examen comparatif de l'influence de chacun des deux nerfs de la face, sur la production de la sensibilité et des mouvemens de cette partie, pour servir à l'histoire des paralysies locales. 11
ROCHOUX (J. A.). Un mot sur le siége de l'orchite. 15

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

LAVY. Accouchement ; présentation du bras ; ampulation ; évolution spontanée du fœtus. 1
HILAIRE. Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale. 2
Mémoires et observations sur l'emploi de la compression méthodique dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite. 3
TARDIEU. Effets de la saignée générale dans deux cas d'hydropisie, l'une idiopathique aiguë, l'autre symptomatique. 4

I. GAZETTE MÉDICALE.

FOULHIOUX. Emploi du laudanum de Sydenham contre les spasmes lombaires ou fausses douleurs qui compliquent le travail de l'accouchement. 1
CHANDRU. De quelques innovations renouvelées des grecs sur la présentation du bras dans l'accouchement. 6
ARTHAUD. Lésion passagère des fonctions des nerfs pneumo-gastriques. ib.
BOUSSIRON. Hémiplégie gauche ; électrisation ; guérison presque complète. 7
GODEMER. Empoisonnement par les baies de la belladone. 8
Etat convulsif produit par des plantes vénéneuses. ib.
Traitement des convulsions épileptiformes par la décoction de racine de coton. ib.
MERSSEMAN. Observation d'une tumeur congéniale à la tête enlevée avec succès. ib.
BURGGRAVE. Cure radicale d'une chute du rectum par le cautère actuel, par M. le professeur Kluyskens. 9
GOUZÉE. Fracture compliquée du col de l'humérus. 10
BLOCK. observations sur l'emploi du tartre émétique dans les pneumonies. 11
VAN HAESENDONCK. Observations sur l'empoisonnement par les préparations de plomb. ib.
Transpiration colorée en bleu. 12
LARCHER. Recherches sur le cathétérisme et sur les diverses espèces de rétrécissement de l'urètre chez la femme. 13
KIERNAN. Mémoire sur l'anatomie et la physiologie du foie. 23
Nouvelles expériences et observations sur quelques usages de la créosote. 29
HAMILTON. Observations de médecine pratique. 33
SCOTT. Observations sur l'utérus irritable (hystéralgie). 34
Relation de l'autopsie d'un sujet affecté d'empyème chronique avec ossification de la plèvre droite. ib.
GRAHAM. De l'existence du charbon dans les poumons. ib.
THWAITES. Remarques sur l'emploi de l'arsenic dans les affections cutanées. 35
REID. Déplacement d'un des cartilages sémi-lunaires du genou. ib.
GRAVES. Observations sur le traitement de différentes maladies. 36

I. Bruit de soufflet et battement du cœur sensibles dans toute la poitrine pendant la pneumonie. *ib.*
II. Érysipèle symétrique. *ib.*
III. Perte de l'odorat. *ib.*
IV. Carbonate d'ammoniaque dans l'urine. *ib.*
V. Guérison spontanée d'une ascite chronique. *ib.*
VI. Inflammation diffuse terminée d'une manière funeste à la suite d'un épanchement dans la poitrine. 37
VII. Sur la meilleure manière d'administrer le calomel dans les inflammations aiguës. *ib.*
VIII. Urine albumineuse dans l'hydropisie. 38
IX. Diabète insipide. *ib.*
DALLAWAY. Traitement des polypes des narines et du conduit auditif par la solution de sulfate de zinc. *ib.*
Plan et organisation des hôpitaux d'aliénés. 39
MAGISTEL. De l'emploi des fumigations pulmonaires faites avec une décoction de plantes narcotiques et de feuilles de belladone en particulier, dans les irritations bronchiques connues sous le nom d'asthme sec, de coqueluche, de toux nerveuse, etc. 41
PETIT. Médecine légale. — Dans quel sens, quelle étendue peut-on donner aujourd'hui à l'application de l'article 345 du code pénal, en ce qui regarde la suppression de part? 44
BOYER (A). Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris. 46
I. Affections érysipélateuses. 47
II. Affections varioleuses. *ib.*
III. Paralysies. 48
IV. Affections typhoïdes. *ib.*
V. Ictère. *ib.*
VI. Trachéotomie dans le croup. — Fait curieux de cyanose. 49
VII. Pleuro-pneumonies. *ib.*
VIII. Pleuro-pneumonie à gauche. — Hépatisation grise des poumons méconnue à l'auscultation. 50
IX. Dysenterie. — Traitement par les opiacés. — Guérison. 51
X. Affection cholériforme. — Mort. *ib.*
XI. Péritonite intense. — Emploi des émissions sanguines et des frictions mercurielles. — Mort. — Perforation de la valvule iléo-cæcale. 52
PAULY. Observations recueillies dans la pratique de M. Lisfranc. 53
I. Renversement de la paupière inférieure du côté droit, opérée d'après le procédé de M. Dieffenbach. *ib.*
II. Kyste dans l'intérieur du vagin, opération, guérison. 54
CIVIALE. Du traitement des fongus de la vessie par la ligature, l'arrachement et l'écrasement. 55
AMUSSAT. Torticolis datant de six ans; section du muscle sterno-mastoïdien; guérison. *ib.*
MAYOR (M.) Fracture du col du fémur, traitée par l'hyponarthécie. 56
AMUSSAT. Dégénérescence singulière du tissu osseux dans les os de la face et du crâne. 57
Observations sur les convulsions des nouveau-nés causées par une longue compression de la tête dans le travail de l'accouchement. 58

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

RACIBORSKI. Guérison d'une caverne des poumons au moyen des émissions sanguines générales et locales. 1
GODIN. Iralgie; névralgie frontale; symptômes simulant un ramollissement du côté droit; traitement par les antiphlogistiques et le sulfate de quinine 2
BAUDELOCQUE. Observations d'encéphalite et de myélite. 3 et 6
ROGNETTA. Pupille artificielle. — Réflexions sur ce point de médecine opératoire. 4
BÉDOR. Lipome d'une livre cinq onces au bras; ablation; réunion immédiate; guérison. — Faits analogues. 7 et 10
Introduction par l'anus d'une sangsue, qui a été trouvée après la mort dans le cœcum. 12
CHARDON FILS. Ophthalmie catarrhale et blennorrhoïque épidémique dans l'asile de l'enfance 13
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Leçons de M. Andral sur la gastro-entérite aiguë. *ib.* et 19
GUERSENT. Observation de fièvre typhoïde traitée avec succès par les purgatifs. 16
CORSIN. Emplâtre employé avec succès contre la coqueluche. 18
BÉDOR. Combustion spontanée; réflexions sur les divers moyens de traitement de la brûlure. 20
BAUDELOCQUE. Pneumonie entée sur une bronchite chronique chez un enfant affecté de rachitisme; traitement par l'oxyde blanc d'antimoine et les vomitifs; guérison. 21
» Pneumonie accompagnée de symptômes bilieux; emploi des vomitifs et des purgatifs; guérison. 22
BELDEN. La somnambule de Springfield. 23 et 25
Maladie extraordinaire de la peau. 25
RACIBORSKI. Péricardite aiguë entée sur une ancienne hypertrophie du cœur avec une lésion organique des valvules; présence des caillots fibrineux dans la cavité du ventricule gauche. — Réflexions. 27
Revue thérapeutique. Nouveau formulaire de M. Magendie. 32
LAZARAS. Odeur de musch. (Moschosmie). 33
CORSIN. Des bons effets de la révulsion dans le traitement de la coqueluche. 34 et 39
RAYER. Ulcère de la gorge douteux, mais guéri par les pilules de M. Sedillot; cas analogue cité par Carmichael. 37

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

BOULEY JEUNE. Empoisonnement de sept chevaux par l'arséniate de potasse. 1
D'ALBOUSSIÈRE. (CH.) De la responsabilité médicale. 4
Pomme de terre contre le scorbut. 17

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SANDRAS. Quelques réflexions sur le traitement de la phthisie tuberculeuse. 1
De l'emploi des fumigations d'acide carbonique pour combattre l'aménorrhée et les douleurs utérines qui précèdent l'évacuation menstruelle. 3
REVEILLÉ-PARISE. De l'efficacité des feuilles de plomb dans le pansement des plaies et ulcères, en voie de cicatrisation. 4 et 13
Des bandelettes agglutinatives appliquées au traitement du trichiasis. 7
MIQUEL ET SOUBEIRAN. Recherches sur l'efficacité du peroxide de fer hydraté commec ontre-poison de l'arsenic. 8
CARRON DU VILLARDS. Pommade ophthalmique pour le traitement de la conjonctivite scrophuleuse chronique. 11
Quelques idées sur le traitement de la manie à Bicêtre, dans les salles de M. Ferrus. 12

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

BALARD. Recherches sur la nature des combinaisons décolorantes du chlore. 1
PÉLIGOT (E). Sur la distillation du benzoate de chaux. 5
WILL CHRIST. ZEISE. Sur le mercaptan. 7
HOTTOT. Sur la teinture d'opium. 8
MERCK. Préparation de la codéine. *ib.*
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. Séance du 5 novembre 1834. *ib.*

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

DUMAS. Sur la composition de l'huile extraite de l'eau-de-vie de pommes de terre. 1
JULIA-FONTENELLE. Observations sur la rosée des marais, présentées à l'Académie royale des sciences. 2
DUMAS ET PÉLIGOT. Sur un nouvel alcool et sur les produits éthérés qui en proviennent. 3
BUCHNER, fils. Note sur une substance nouvelle nommée *Enallochrôme* (Polychrôme). 5
Décisions judiciaires qui doivent être connues des pharmaciens. 6
SOUBEIRAN. Note sur les préparations phosphorées. 7
Eau de puits iodurée, près des riantes collines del Tojoano. 8
De la racine de melon comme succédané de l'ipécacuanha. 9

O. BIBLIOGRAPHIE.

LALLEMAND. Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances. (VIIIe Lettre). 1
RAPPORT sur la marche et les effets du choléra dans Paris et les communes rurales du département de la Seine. 2
ALBIN GRAS. Recherches sur l'acarus, ou sarcopte de la gale de l'homme. 5
VAN HONSEBROUCK. Des causes de l'ophthalmie de l'armée (belge); mémoire adressé à M. le ministre directeur de la guerre, et à la commission des recherches sur cette maladie. 6
BRICHETEAU. Clinique médicale de l'hôpital Necker, ou Recherches et observations sur la nature, le traitement et les causes physiques des maladies; précédées de considérations sur l'art d'observer et de faire des observations en médecine. 9
DUBOIS (D'AMIENS). Traité de pathologie générale. 10

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Etudes microscopiques, — Electricité, 11. — Machine mise en jeu par le magnétisme, 12. — Séance publique annuelle, — Prix Monthyon, 13. — Pluie de crapauds, — Rayons calorifiques, 15. — Contractions secondaires excitées chez les animaux au moment où l'on rompt le circuit voltaïque, — Traitement de la colique de plomb, — Amidone, 16. — Observations des Chinois, — Mœurs du coucou d'Europe, 17. — Panification du riz, — Traitement d'une paralysie de la langue par le galvanisme, 18.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Nouveaux renseignemens sur la pâte de Chlorure de zinc, 19. — Instrumens de gomme élastique pure, — Désordres causés par des calculs urinaires, 20. — Nouvelles expériences sur le tritoxide de fer hydraté, comme contre-poison de l'acide arsénieux. 21.

Voyage chirurgical de M. Roux en Italie, 22. — Observations sur diverses préparations du Codex, 24. — Nominations des commissions permanentes, et des membres du bureau, 25.

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

Avant-propos. 1
Première liste des collaborateurs. 2

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

FALLOT. Recherches sur les causes des tumeurs spléniques consécutives aux fièvres intermittentes. 3
Clinique chirurgicale de l'hôpital St.-Pierre. — Plaie profonde à la partie supérieure interne du bras ; lésion de l'artère collatérale profonde, du nerf cubital et de la partie postérieure de l'humérus ; guérison. 20
FILLEUL. Érysipèle phlegmoneux des plus intenses ; inflammation domptée moyennant des fortes émissions sanguines. 22
MÉDECINE ÉTRANGÈRE. Sur les progrès de l'homœopathie (extrait de l'allemand par le Dr. Canstatt). 24
Sur l'emploi interne et externe de la créosote; par le professeur Wolff de Berlin. (Extrait de l'allemand par le Dr. Canstatt). 25

VARIÉTÉS.

Du mode adopté par la pharmacopée de Prusse pour éviter les erreurs dans la prescription et le débit des médicamens. 26

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Physiologie pour les collèges et les gens du monde, expliquée sur onze planches, à l'aide de figures découpées et superposées, par J. ACHILLE COMTE. 28
Guide pour l'étude de la clinique médicale, ou précis de séméiotique. Ouvrage posthume de DANCE, publié par un de ses amis. *ib.*
Traité élémentaire d'anatomie ; par A. L. J. BAYLE. *ib.*